Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz

Impressum

Herausgeberinnen:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e.V.

Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin
Tel.: 030 - 310 124 61
E-Mail: info@baff-zentren.org
www.baff-zentren.org

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz

St.-Veit-Str. 14, 56727 Mayen
Tel.: 02651 / 9869 - 148
Fax.: 02651 / 9869 – 118
E-Mail: koordinierungsstelle@caritas-mayen.de
http://www.interkulturell-gesundheit-rlp.de/
http://www.caritas-rhein-mosel-ahr.de

Copyright: © BAfF e.V. 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen: Jenny Baron, Lea Flory, Malin Reusch

Layout: Daniela Krebs

Dieser Versorgungsbericht Rheinland-Pfalz ist im Auftrag des Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz erstellt und durch dieses gefördert.

Versorgungsbericht Rheinland-Pfalz

Mit diesem Versorgungsbericht geht die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) der Frage nach, inwieweit für Geflüchtete, die mit psychischen Belastungen kämpfen, in Rheinland-Pfalz adäquate Behandlungsangebote zugänglich, verfügbar und tatsächlich erreichbar sind.

Grundlage der Publikation ist eine Datenerhebung zu den Versorgungsangeboten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie ihren Netzwerken in der gesundheitlichen Regelversorgung. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Lebens- und Versorgungsbedingungen dargestellt, wie Geflüchtete sie in Rheinland-Pfalz vorfinden.

Inhalt

Grußwort zum Versorgungsbericht Rheinland-Pfalz 4

Vorwort 6

1. Versorgungsbedarf 8

Traumafolgestörungen bei Geflüchteten 8

Arten traumatischer Lebensereignisse 9

Verbreitung von Traumafolgestörungen unter Geflüchteten 11

Verlauf psychischer Störungen 11

Sequentielle Traumatisierung 11

Postmigrationsfaktoren – Lebensbedingungen und psychische Gesundheit 12

Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten 13

Behandlungsmethoden und Wirksamkeit 13

Sprachmittlung in der Psychotherapie 14

2. Versorgungsverpflichtungen 15

Das Menschenrecht auf Gesundheit 15

Besondere Verpflichtungen für psychisch erkrankte Personen und Opfer schwerer Gewalt 17

Die UN-Antifolterkonvention 17

Die EU-Aufnahmerichtlinie 18

3. Aktuelle Lebenssituation von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz 19

Schutzsuchende in Rheinland-Pfalz 20

Wohnverpflichtung 21

Aufnahmeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz 21

Gemeinschaftsunterkunft oder Privatwohnung? 21

4. Versorgungssituation für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz 23

Verfügbarkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote 24

Stationäre und Teilstationäre Versorgung 25

Ambulante Versorgung 28

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems – Zur Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz 32

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 34

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Rheinland-Pfalz 40

Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge – Das Psychosoziale Zentrum in Trier 44

„In Terra“ – Das Psychosoziale Zentrum in Mayen 46

Das Psychosoziale Zentrum in Altenkirchen 48

Das Psychosoziale Zentrum in Mainz 50

Das Psychosoziale Zentrum in Ludwigshafen 52

Das Psychosoziale Zentrum in Kaiserslautern 54

*Klient*innen in den Psychosozialen Zentren 56*

Mitarbeitende in den Psychosozialen Zentren 64

Kapazität der Psychosozialen Zentren 67

Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten 70

Stadt, Land, Flucht – Die Arbeit der Psychosozialen Zentren im ländlichen Raum 71

Interview: Leben auf dem Land – eine besondere Herausforderungen für psychisch belastete Geflüchtete? 72

Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten 76

Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter 76

Rechtliche Situation: Gesundheitsleistungen für Geflüchtete in Deutschland 79

Vermittlungen aus den PSZ in die Regelversorgung 84

5. Zusammenfassung und Fazit 89

6. Literatur 95

7. Adressen 98

Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 98

Bundesweite Informationen zur Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern 99

Abbildungsverzeichnis 100

Grußwort zum Versorgungs-bericht Rheinland-Pfalz

Anne Spiegel

Staatsministerin des Landes Rheinland-Pfalz, Ministerin für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz

Geflüchtete Menschen haben oft Schreckliches wie Krieg und Folter erlebt.

Hier setzt die rheinland-pfälzische Landesregierung mit ihrer humanitären Flüchtlingspolitik an. Im Koalitionsvertrag des Landes haben wir unser Selbstverständnis, geflüchteten Menschen in Not zu helfen und ihnen bestmöglichen Schutz, Unterkunft und Versorgung zu bieten auch schriftlich fixiert. Als Integrationsministerin ist es mir ein besonderes Anliegen, geflüchteten Menschen ein gutes Ankommen und eine bestmögliche Integration in unserem Land zu ermöglichen. Dazu gehört auch, Flüchtlinge nach Bedarf psychosozial, psychotherapeutisch und psychiatrisch zu begleiten.

Ich freue mich daher, dass die Koordinierungsstelle zur Interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems in Zusammenarbeit mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) im Auftrag meines Hauses nun erstmals einen umfangreichen Bericht zur psychosozialen Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz vorgelegt hat. Wie der Bericht darstellt, sind die Lebensbedingungen im Ankunftsland entscheidend für Geflüchtete, um erlebte Traumata zu verarbeiten. Auf verschiedenen Ebenen gilt es deshalb vorhandenen Bedarfen gerecht zu werden.

Die rheinland-pfälzische Landesregierung hat die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen deutlich intensiviert und ausgebaut. Wir bekennen uns ausdrücklich zur EU-Aufnahmerichtlinie und setzen diese um. Seit dem Jahr 2015 fördert die Landesregierung die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer finanziell, seit dem Jahr 2017 jährlich erstmals in Höhe von über einer Million Euro. Neben den mittlerweile sechs Psychosozialen Zentren bezuschussen wir die Koordinierungsstelle zur Interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems. Deren wichtige Aufgabe ist es, die Vernetzung und Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen zu forcieren. Auf Grundlage eines Ministerratsbeschlusses konnte außerdem eine interministerielle Arbeitsgruppe des Gesundheits- sowie des Integrationsministeriums Rheinland-Pfalz unter Beteiligung wichtiger Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem initiiert werden. Diese Arbeitsgruppe hat gerade ein Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz erstellt.

Darüber hinaus hat sich das rheinland-pfälzische Integrationsministerium auch der Thematik „Umgang mit besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen in der Erstaufnahme“ angenommen und im vergangenen Jahr ein Konzept zum Schutz und zur Identifikation schutzbedürftiger Personen für die Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende verabschiedet. Diese und weitere Maßnahmen zeigen, dass wir in Rheinland-Pfalz bereits gut aufgestellt sind.

Wenngleich Einzelmaßnahmen wichtig sind und helfen die Gesamtsituation zu verbessern, so ist und bleibt es das Grundanliegen der Landesregierung, dass die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen langfristig – ohne bürokratische Hürden – auch im Regelsystem realisiert wird. Ich appelliere daher an uns alle, den eingeschlagenen Weg weiter zu gehen und das lohnenswerte Engagement fortzusetzen.

Die Leistung der Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz ist bemerkenswert. Ich danke den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychosozialen Zentren ganz herzlich für das große Engagement im Rahmen ihrer Arbeit und möchte ihnen meine besondere Anerkennung aussprechen. Sie leisten einen herausragenden Beitrag zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen in unserem Land!

Der nun vorgelegte Bericht gibt einen guten Einblick in die psychosozialen Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz und ist sowohl für Fachkräfte als auch für Interessierte eine sehr aufschlussreiche und empfehlenswerte Lektüre.

Anne Spiegel

Ministerin für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz

Vorwort

Markus Göpfert

Leiter des Psychosozialen Zentrums im Fachdienst Migration, Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

Im Jahr 2000 befassten sich Caritas und Diakonie in Rheinland-Pfalz im Rahmen einer breit angelegten und multiprofessionellen Fachtagung erstmals ausführlich mit der Frage der psychosozialen und psychotherapeutischen Beratung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Dabei zeigte sich die dringende Notwendigkeit von spezialisierten, kontextbezogenen Fachstellen mit professionellen Kräften, insbesondere für Überlebende von seelischer und körperlicher Folter, Menschenrechtsverletzungen und kriegsbedingter Traumatisierung.

Mit der Zielsetzung der Verbesserung der psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstrukturen und der Situation der betroffenen Flüchtlinge gründete sich schließlich die Arbeitsgemeinschaft Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz (AG Flucht und Trauma RLP) mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus der Flüchtlingsarbeit des Caritasverbandes Rhein-Mosel-Ahr e.V., Mayen, der Ökumenischen Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier und des Diakonischen Werkes, Altenkirchen. Über EU-Mittel, Eigen- und Stiftungsmittel gelang es den beteiligten Trägern erste Facheinrichtungen aufzubauen, die sich im Laufe der Jahre zu Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge (PSZ) entwickelten. Niedrigschwelligkeit und ein multiprofessioneller Arbeitsansatz aus Sozialarbeit und Therapie kennzeichnen die Arbeit in den PSZs, die sich konzeptionell den Leitlinien der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) verpflichtet sehen.

Neben der praktischen Arbeit vor Ort ist intensive Öffentlichkeitsarbeit immer ein zweites wichtiges Arbeitsfeld der Einrichtungen in der AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz, um auf Versorgungsdefizite hinzuweisen. Durch den vermehrten Zuzug von Flüchtlingen sahen sich politische Vertreter und Vertreterinnen in 2015 mehr und mehr gefordert, Hilfsstrukturen aus- und aufzubauen. Die intensive Zusammenarbeit der AG Flucht und Trauma RLP mit der Liga der freien Wohlfahrtsverbände sowie vielfältige Gespräche mit dem Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie führten dazu, dass das Land Rheinland-Pfalz in eine strukturelle Finanzierung der PSZ eingestiegen ist, die einen guten Sockel für die Arbeit bietet und notwendige Voraussetzung für die angemessene Versorgung psychisch-erkrankter Schutzsuchender in den Zentren darstellt. Drei weitere PSZs in Mainz (Caritas), Ludwigshafen (Diakonie) und Kaiserslautern (Deutsches Rotes Kreuz) konnten aufgebaut werden.

Es ist sehr erfreulich, dass nun ein aussagekräftiger Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz vorgelegt werden kann.

Es zeigt sich, wie dringend notwendig es ist, weiterhin mit allen relevanten Akteuren an der Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu arbeiten, damit Flüchtlinge hier adäquat behandelt werden und ankommen können. Dazu ist die Fortführung der interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems unerlässlich, wozu es eine große Offenheit unter verschiedenen Akteuren gibt, z. B. innerhalb der Landespsychotherapeutenkammer. Ebenso wichtig bleibt es, die PSZs als Facheinrichtungen in tragfähige und sichere Strukturen zu überführen. Mit ihrer langjährigen Erfahrung, ihrer Expertise und ihrem komplexen Arbeitsansatz sind sie seit vielen Jahren maßgeblich für die psychosoziale und therapeutische Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Flüchtlinge.

Ein besonderer Dank für die Erstellung des Versorgungsberichts gilt den Mitarbeiterinnen der BAfF in Berlin und der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz im PSZ des Caritasverbandes Rhein-Mosel-Ahr e.V., Mayen.

Für die Arbeitsgemeinschaft Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz

Markus Göpfert

Leiter des Psychosozialen Zentrums im Fachdienst Migration, Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

1. Versorgungs-bedarf

Viele Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, haben Unvorstellbares erlebt. Sie sind Opfer von Menschenrechtsverletzungen, Folter und Krieg, haben sexualisierte Gewalt erlebt, wurden verfolgt oder vertrieben. Viele dieser Menschen haben zudem traumatische Fluchterfahrungen hinter sich, wie zum Beispiel gefährliche Bootsüberfahrten und nicht selten -unglücke, bei denen sie den Tod von Familienangehörigen mitansehen mussten, die Unterbringung in menschenunwürdigen Flüchtlingslagern und Gewalterfahrungen.

Eine häufige Reaktion auf diese Extremerfahrungen ist die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Vor diesem Hintergrund sollen im folgenden Kapitel verschiedene Traumafolgestörungen, deren Entstehungsfaktoren, Verbreitung und Verlauf sowie anschließend Spezifika der psychotherapeutischen Behandlung beschrieben werden.

Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben, sind einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen ausgesetzt. Dennoch muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass nicht alle Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben, eine psychische Störung entwickeln. Die wohl bekannteste und am meisten beachtete Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS oder PTSD)[1].

Voraussetzung für die Vergabe dieser Diagnose ist die **Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen**, wie z. B. Tod, schwerer Verletzung, sexueller Gewalt oder einer Androhung dieser Gewalttaten. Betroffene müssen diesem Erlebnis nicht direkt ausgesetzt sein, auch das indirekte Erleben (z. B. Berichte über die Vergewaltigung eines*r Verwandten), das Erleben als Augenzeug*in oder die Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Sanitäter*in) genügt, um dieses sogenannte Eingangskriterium zu erfüllen.

In Folge der traumatischen Ereignisse zeigen Betroffene für eine Dauer von mehr als vier Wochen Symptome aus den folgenden Bereichen:

Wiedererleben, z. B. in Form von ungewollten „Erinnerungsattacken“, Flashbacks, Albträumen;

Vermeidung interner Reize, wie z. B. von Gedanken und Gefühlen, sowie externer Reize, wie z. B. von Situationen und Gesprächen, die die Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern;

Negative Veränderung von Gedanken und Stimmung, wie z. B. Unfähigkeit sich an zentrale Elemente des Traumas zu erinnern, andauernde negative Annahmen und Vorwürfe gegen sich selbst und die Welt, verminderte Interesse, Distanziertheit, Unfähigkeit positive Emotionen zu empfinden;

Übererregung, wie z. B. Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Konzentrationsschwierigkeiten.

1 Die folgenden Angaben beziehen auf die Diagnosekriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-5®, der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013).

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung können auch weitere psychische Störungen infolge des Erlebens traumatischer Ereignisse auftreten. Im folgenden Kasten findet sich ein Überblick über die verschiedenen Traumafolgestörungen (Flatten et al., 2011)[2]. Eine detailliertere Beschreibung einzelner Störungen findet sich außerdem im deutschlandweiten Versorgungbericht der BAfF (Baron & Flory, 2016).

Häufig treten verschiedene Traumafolgestörungen gemeinsam auf, so dass Betroffene zum Beispiel sowohl an einer Posttraumatischen Belastungsstörung als auch an einer Angststörung leiden. Dies kann, muss aber nicht der Fall sein.

Traumafolgestörungen im Überblick

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Schmerzstörung
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Essstörungen
- Affektive Störungen (z. B. Depression)
- Substanzabhängigkeit

Arten traumatischer Lebensereignisse

Traumatische Ereignisse werden anhand von zwei Dimensionen unterschieden.

Die erste Dimension bezieht sich auf die **Dauer des Traumas**. Handelt es sich um ein zeitlich begrenztes Ereignis spricht man von einem Typ-I-Trauma. Handelt es sich dagegen um wiederholte oder langandauernde Ereignisse spricht man von Typ-II-Trauma. Die zweite Dimension bezieht sich darauf, ob das traumatische Ereignis **von Menschenhand zugefügt** wurde (sogenannte man-made disaster) oder ob es sich um ein akzidentelles Trauma handelt, wie zum Beispiel eine Naturkatastrophe oder ein Autounfall.

Im Kontext von Krieg, Flucht, Menschenrechtsverletzungen etc. liegen meist man-made Typ-II-Traumata vor, die im Vergleich zu anderen Arten traumatischer Erlebnisse ein besonders hohes Schädigungspotential haben. Durch die-

Typ-I und Typ-II-Traumata

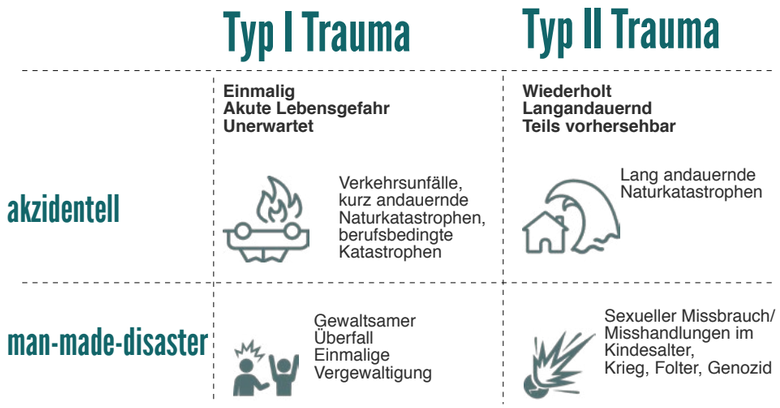


Abb. 1: Arten von Traumata

2 Flatten et al. (2011) unterscheiden zwischen Traumafolgestörungen und weiteren Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind. Da diese Unterscheidung für den vorliegenden Bericht zu weit führt, umfasst der Begriff „Traumafolgestörung“ in diesem Bericht beide Kategorien.

ses wiederholte und/oder langandauernde Erleben von von Menschenhand zugefügten Traumata, wird das Grundgefühl von Sicherheit der Betroffenen erschüttert. Die Folgen sind häufig die sogenannten „shattered assumptions“ (Janoff-Bulman, 1992), das heißt der Verlust des Urvertrauens in sich selbst, die Mitmenschen und die Welt. So zeigen betroffene Personen häufig extreme Selbstzweifel, Gefühle der Unsicherheit, Gefühle der permanenten Bedrohung, der Wertlosigkeit und Schwäche, und schätzen die Welt als überaus bedrohlich mit hohem erneuten Schädigungspotential ein.

„Meine Therapeutin war die einzige Person, der ich vertrauen konnte. Durch den Krieg, durch alles, was dort passiert ist, habe ich mein Vertrauen in die Menschen verloren. Und dann war sie die Person, die mir geholfen hatte. Ich glaube, ich war so still einige Monate, weil ich ihr nicht vertraut hatte. Und erst als ich dieses Gefühl gehabt hatte, dann konnte ich was erzählen. Ich glaube, das war genau in dem Moment, wo ich noch mehr Vertrauen in sie hatte: Da, wo wir alleine waren, da habe ich noch mehr erzählt.“

Lejla H ., 41

Vertrauen

„Ich kann das nicht vergessen, was ich erlebt habe und wie ich die Zeit danach gelebt habe.“

Lejla H. ist mit ihrem nun volljährigen Sohn nach Deutschland geflohen. Ihr Ehemann ist im Krieg umgekommen. Später erfährt sie, dass er gewaltvoll ums Leben gekommen ist. Sein Leichnam war lange verschwunden und wurde erst viele Jahre später gefunden. Lejla ist zu diesem Anlass das erste Mal in ihre Heimat gefahren und hat ihn beerdigen dürfen. In ihrer Heimat hat sie einen Beruf ausgeübt, den sie sehr geliebt hat. In Deutschland wurde ihre Ausbildung nicht anerkannt und ihre Fähigkeiten nicht berücksichtigt. Nachdem sie einen Aufenthalt erhalten hat, bemüht sie sich, sich zu qualifizieren, um wieder arbeiten zu können.

Lejlas Eltern, Schwiegereltern und eine Schwester sind wieder in ihre Heimat zurückgekehrt, in der sie nun als ethnische Minderheit und Rückkehrer leben. Dies ist nicht ungefährlich, weil es immer wieder zu gewalttätigen Übergriffen kommt. Lediglich Lejla und ihre Schwester leben bis heute in Deutschland.

Bereits einen Monat nachdem Lejla nach Deutschland gekommen ist, hat sie einen „Nervenzusammenbruch“ erlitten. *„Ich hab soviel Blut verloren, und mein ganzes Innenleben hat es gezeigt, dass ich im Koma war und so und dann ist dieser Zustand gekommen, dass ich einen Nervenzusammenbruch hatte“.*

Lejla befindet sich seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. Insbesondere das exklusive Vertrauensverhältnis zu der Therapeutin unterstütze sie sehr, denn nach dem Krieg vertraue Lejla nur noch sehr wenigen Menschen. *„Zur Zeit ist die einzige Person meine Therapeutin“.* Die Therapeutin scheint diese privilegierte Rolle einzunehmen, gerade, weil es ihr ‚Beruf’ ist, sich Lejlas Geschichte und Erlebnisse anzuhören, ohne dass Lejla das Gefühl haben muss, sie zu belasten. Mit der Familie und einigen Freundinnen habe sie auch ein enges Verhältnis, insbesondere zu ihrer Schwester. *„Aber nicht so, dass ich darüber reden kann“,* auch weil die ganze Familie selbst *„Schreckliches erlebt“* habe.

Lejla sagt, dass sie seit dem Krieg so enttäuscht von Menschen sei, dass sie ganz schwer Vertrauen fasse. *„Ich habe Vertrauen verloren, das ist innerlich“*, insbesondere, weil ihre engen Freunde gewusst hätten, dass sie und ihre Angehörigen unschuldig waren und weder etwas geplant noch getan haben und die Freunde sich trotzdem abgewandt hätten oder noch schlimmer zu Tätern oder Duldern von Täterschaft wurden. Durch die Therapie habe sie einen Ort gefunden, an dem sie offen reden könne, ohne weinend zusammenzubrechen.

Verbreitung von Traumafolgestörungen unter Geflüchteten

Insgesamt ist die Forschungslage zu psychischen Erkrankungen unter Geflüchteten in Deutschland (aber auch international) unter anderem aufgrund der mangelnden Aktualität der meisten Studien oder mangelnden Repräsentativität der Stichproben unzureichend (Razum, Saß, & Bozorgmehr, 2016).

Neuere Studien berichten Prävalenzraten von 33,5 % für PTSD (Alpak et al., 2015) und Prävalenzraten von 33 % für Depression (Gammouh, Al-Smadi, Tawalbeh, & Khoury, 2015) bei Geflüchteten in der Türkei oder Jordanien.

In der bisher umfangreichsten Studie, die 161 Forschungsartikel von 1980 bis 2009 zusammenfasst und damit mehr als 81.000 Personen aus 40 verschiedenen Ländern einschließt, wurden Prävalenzraten von 30,6 % für PTSD und 30,8 % für depressive Erkrankungen unter Menschen mit Folter-, Trauma- und Fluchterfahrung ermittelt (Steel et al., 2009). In einer aktuellen Studie, die 15 Forschungsartikel und damit 6.769 Geflüchtete einschließt, variierten die Prävalenzraten zwischen 5 – 71 % (MW 32 %) für PTSD und 11–54 % (MW 35 %) für Depression (Lindert, von Ehrenstein, Wehrwein, Brahler, & Schäfer, 2017).

In einer deutschen Studie von 2006 berichten Gäbel et al. eine Punktprävalenz der PTSD unter Geflüchteten von 40 % (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006). Eine aktuellere Übersicht, die Studien der letzten 25 Jahre zusammenfasst, zeigt Prävalenzraten für PTSD unter Geflüchteten in Deutschland, die zwischen 16 und 55 % liegen (Bozorgmehr et al., 2016).

Die großen Schwankungen der Prävalenzraten verschiedener Studien können zum einen auf die unterschiedliche methodische Herangehensweise und Qualität der einzelnen Studien zurückgeführt werden; zum anderen darauf, dass die Gruppe der Geflüchteten in Deutschland unter anderem hinsichtlich der Erfahrungen in den Herkunftsländern sehr heterogen ist (Lindert u. a., 2017). Hierdurch wird eine Generalisierung der Daten deutlich erschwert.

Dennoch weisen die Studien darauf hin, dass die Rate der PTSD bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, bei der der Anteil der Menschen, die an einer PTSD leiden, bei ca. 2,3 % liegt (Jacobi u. a., 2014), um etwa das Zehnfache erhöht sein kann (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005).

Verlauf psychischer Störungen

Häufig wird davon ausgegangen, dass Traumafolgestörungen bei Geflüchteten unidirektional auf erlebte Traumata im Herkunftsland oder auf der Flucht zurückgeführt werden können. Diese ausschließlich rückwärtsgewandte Traumakonzeption greift insbesondere für Menschen, die langandauernde Gewalterfahrungen gemacht haben zu kurz (Becker, 2006; Brenssell & Weber, 2016). Im Gegensatz dazu ist das Konzept der „Sequentiellen Traumatisierung“ nach Hans Keilson (2005) prozesshaft angelegt. Es berücksichtigt Risiko- und Schutzfaktoren aus der Vergangenheit wie der Gegenwart und ist daher für das Verständnis langandauernder Traumatisierungen bei Geflüchteten besonders geeignet.

Sequentielle Traumatisierung

Entscheidend dafür, ob Menschen Traumafolgestörungen entwickeln und diese Störungen aufrechterhalten werden, ist also sowohl die Art, Schwere und Häufigkeit traumatischer Erlebnisse, als auch die Lebensrealität, die Geflüchtete im Exil erleben. In diesem Zusammenhang prägte der Psychiater Hans Keilson (2005) den Begriff der „Sequentiellen Traumatisierung“. In seiner Langzeitstudie an jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust überlebten, identifizierte Keilson drei Sequenzen des Traumas: (1) die feindliche Besetzung der Niederlande und den Beginn des Terrors; (2) die Phase der direkten Verfolgung, des Versteckens und Untertauchens, der Deportation und der Trennung von den Eltern; (3) die Phase nach dem Krieg, die Rückkehr in rechtlich gesicherte und bürokratisch geregelte Verhältnisse. Zentrales Ergebnis seiner Studie ist, dass die dritte Sequenz des Traumas entscheidend für die weitere Entwicklung der Kriegswaisen war: Diejenigen, die in der Nachkriegszeit in relativ guten Verhältnissen auf-

wuchsen, waren – trotz einer teilweise schrecklicheren zweiten Traumasequenz – psychisch stabiler als diejenigen, die in weniger guten Verhältnissen aufwuchsen.

Analog hierzu sollte auch bei Geflüchteten, die aktuell bei uns Schutz suchen, Trauma als Prozess betrachtet werden. Sowohl Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht als auch die Lebensbedingungen, die Geflüchtete in Deutschland antreffen, tragen wesentlich dazu bei, ob erlebte Traumata verarbeitet werden können.

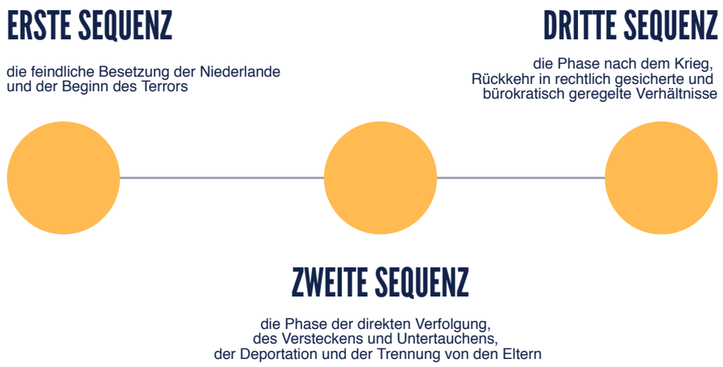


Abb. 2: Sequentielle Traumatisierung nach Keilson

Postmigrationsfaktoren – Lebensbedingungen und psychische Gesundheit

Die Lebensbedingungen, die Geflüchtete im Ankunftsland antreffen, also die dritte Sequenz des Traumas, sind entscheidend für die Verarbeitung erlebter Traumata und die psychische Verfassung der Betroffenen (Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006). Zum einen beziehen sich diese in der Fachliteratur als Postmigrationsfaktoren bezeichneten Faktoren auf strukturell-institutionelle Aspekte, wie z. B. die Unterbringung in Massenunterkünften, den Verlauf des Asylverfahrens, Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung, den eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt und Ausbildung, sowie Probleme beim Familiennachzug. Zum anderen auf individuelle Aspekte, wie z. B. Diskriminierungserfahrungen, Sprachbarrieren, Verlust von Familie und Freund*innen (Böttche, Heeke, & Knaevelsrud, 2016)

In verschiedenen Studien konnte beispielsweise der negative Einfluss der Unterbringung in Massenunterkünften, der häufig einhergeht mit sozialer Isolation, repressiven Anwesenheitskontrollen, kaum Privatsphäre und unzureichendem Schutz für besonders schutzbedürftige Geflüchtete (Pieper, 2008; Wendel, 2014) auf die gesundheitliche Verfassung gezeigt werden (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, & De Jong, 2005; Porter & Haslam, 2005).

Darüber hinausgehend berichten Studien von einem negativen Einfluss eines fehlenden Aufenthaltsstatus sowie die damit verbundene Unsicherheit und Instabilität auf die gesundheitliche Verfassung (Albers, 2013; Porter & Haslam, 2005). Mit der Dauer des Asylverfahrens steigt somit auch die Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische und körperliche Beeinträchtigungen (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders, & De Jong, 2004).

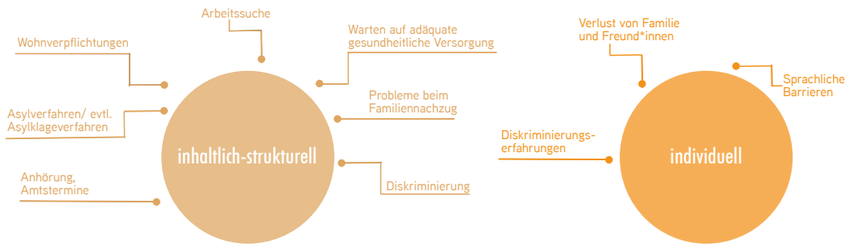


Abb. 3: Postmigrations-faktoren

Besonders durch das Zusammenwirken verschiedener Postmigrationsstressoren besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen (Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011).

Im Gegensatz dazu existieren aber auch sogenannte Schutzfaktoren gegen die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen. Hierzu zählen unter anderem familiäre und freundschaftliche Beziehungen sowie soziale Unterstützung, da diese Sicherheit, Bindungen, Gerechtigkeit und Identität ermöglichen (Silove et al., 2007).

Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten

Psychische Störungen führen unbehandelt häufig zu hohem Leidensdruck und Chronifizierungen (Broda & Senf, 2013).

Behandlungsmethoden und Wirksamkeit

Zur Behandlung von Traumafolgestörungen wird Psychotherapie von Fachverbänden als Mittel der Wahl empfohlen (Flatten u. a., 2011), da die Wirksamkeit von Psychotherapie bei PTBS, Depressionen und Angstsypmtomen in vielen Studien gezeigt wurde (Lambert & Alhassoon, 2015; McFarlane & Kaplan, 2012; Slobodin & Jong, 2015). Unterstützend kann eine Pharmakotherapie zur Symptombehandlung z. B. bei Schlafstörungen eingesetzt werden. Diese stellt aber keinen Ersatz für eine traumaspezifische Psychotherapie dar (Flatten u. a., 2011).

Eine Psychotherapie zur Behandlung von PTBS sollte leitliniengemäß im Groben folgendermaßen ablaufen: In einem ersten Schritt muss die psychische Stabilität der Klient*innen abgeklärt und diese gegebenenfalls stabilisiert werden. Bei ausreichender Stabilität und Einwilligung durch die Klient*innen kann dann in einem zweiten Schritt die Bearbeitung des Traumas stattfinden. Nach der eigentlichen Traumabearbeitung ist häufig weitere psychotherapeutische Unterstützung zur psychosozialen Reintegration notwendig, z. B. die Unterstützung bei Trauer und sozialer Neuorientierung (Flatten u. a., 2011).

Neben einer leitlinientreuen Behandlung wird die Wirksamkeit von Psychotherapie auch durch die Lebensrealität von Geflüchteten in Deutschland, die Postmigrationsfaktoren beeinflusst. Dementsprechend ist nach Becker (2006) ein umfassendes Wissen über gesellschaftliche, kulturelle, politische und rechtliche Rahmenbedingungen notwendig, um adäquate Unterstützung leisten zu können. Somit ist eine enge Zusammenarbeit von psychotherapeutischem, juristischem, sozialarbeiterischem etc. Fachpersonal dringend empfohlen, damit eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und der psychischen Verfassung Hand in Hand gehen können.

Sprachmittlung in der Psychotherapie

Aufgrund von Sprachbarrieren ist in der Psychotherapie mit Geflüchteten häufig der Einsatz von Dolmetschenden notwendig. Es konnte bereits gezeigt werden, dass Psychotherapien mit professionellen Dolmetschenden genauso wirksam sind wie Psychotherapien, in denen keine Sprachmittlung notwendig ist (Lambert & Alhassoon, 2015). Neben den Herausforderungen für Klient*innen, Psychotherapeut*innen und Dolmetschenden birgt eine Psychotherapie zu dritt auch das Potential zusätzliche Ressourcen zu generieren, die den Therapieprozess positiv beeinflussen können (Morina, Maier, & Schmid-Mast, 2009).

Allerdings kommen in der Praxis häufig Laiendolmetschende, Verwandte oder Freund*innen zum Einsatz, da u.a. aufgrund unzureichend gesetzlich verankerter Finanzierungsmöglichkeiten oft keine professionellen Dolmetschenden verfügbar sind. Sogenannte „Ad-hoc-Übersetzungen“ weisen jedoch eine hohe Fehleranfälligkeit auf (Ebden, Bhatt, Carey, & Harrison, 1988), die mehrheitlich negative klinische Konsequenzen für die Betroffenen haben können (Flores u. a., 2003).

Zum anderen werden in der Psychotherapie sensible Themen behandelt, welche die Betroffenen unter Umständen nicht vor diesen Laiendolmetschenden äußern wollen bzw. die – falls doch geäußert – belastend auf die Laiendolmetschenden wirken können.

Abb. 4: Fehler bei ad-hoc-Übersetzungen durch Laien (nach Flores u. a., 2003)

2. Versorgungs-verpflichtungen

Das Menschenrecht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit bzw. eine Gesundheitsversorgung ist auf internationaler Ebene durch verschiedene Abkommen und Konventionen geschützt. Damit ist kein „absolutes“ Recht auf Gesundheit gemeint, sondern das Recht eines*einer jeden auf das für ihn*sie erreichbare Höchstmaß an physischer und psychischer Gesundheit – insbesondere auch bezogen auf die Verfügbarkeit öffentlicher Gesundheitseinrichtungen.

Erstmals verankert wurde das Recht auf Gesundheit in der **Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** im Jahr 1946 – als eines der fundamentalen Rechte des Menschen auf den höchstmöglichen Standard der Gesundheit. Eines der Kernstücke des Rechts auf Gesundheit ist ein nicht diskriminierender Zugang zu Gesundheitsleistungen. Auch in der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte** sowie im **UN-Sozialpakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte** ist das Recht auf Gesundheit verankert. Der UN-Sozialpakt verpflichtet die Paktstaaten, darunter auch Deutschland, das Recht eines jede*n auf das für ihn*sie erreichbare Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit anzuerkennen. Dieser Anspruch aus Art. 12 des Sozialpakts erstreckt sich dabei nicht nur auf die physische Gesundheit und die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit, sondern auch auf die geistige bzw. psychische Gesundheit und die sozialen Faktoren, die ein gesundes Leben ermöglichen.

Constitution of the World Health Organization

§

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.
The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.
The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States. (…)
Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.“

The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States, and entered into force on 7 April 1948

Abb. 5: Das Recht auf Gesundheit ist auf europäischer und internationaler Ebene verankert.

Menschenrechte haben einen universellen Geltungsanspruch. Er leitet sich aus der Würde des Menschen ab und gilt daher für jeden und jede. Damit sind Menschenrechte vor allem Gleichheitsrechte. Aus der gleichen Würde aller Menschen leitet sich die Gleichheit in Rechten ab. Wenn Gesetze, Verwaltungsanordnungen oder die Praxis von Institutionen systematisch einzelne Gruppen ohne sachlichen Grund ungleich behandeln, dann wird dieses Gleichheitsgebot verletzt und es handelt sich um Diskriminierung. Dieser **Gleichbehandlungsgrundsatz** ist in den Diskriminierungsverboten zahlreicher Menschenrechtskonventionen insbesondere in Art. 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Art. 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verankert:

„Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten“.

Auch der Ausschuss der Vereinten Nationen zur Überwachung des UN-Sozialpakts (CESCR) bekräftigt ausdrücklich, dass die Rechte des Paktes ebenso für „Nicht-Staatsangehörige wie Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, Wanderarbeitskräfte und Opfer von Menschenhandel, unabhängig von rechtlichem Status und Papieren“ gelten.[3]

3 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2 July 2009, E/C.12/GC/20, available at: http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html [accessed 6 January 2018].

Besondere Verpflichtungen für psychisch erkrankte Personen und Opfer schwerer Gewalt

Menschenrechtsverletzungen wie Folter, Verstümmelungen an Frauen und andere Formen schwerer physischer, psychischer oder sexueller Gewalt führen immer auch zu einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit.

Die UN-Antifolterkonvention

Die im Völkerrecht verankerte **UN-Antifolterkonvention** (Convention against Torture, CAT), die 1987 in Kraft getreten ist und von Deutschland 1990 ratifiziert wurde, geht spezifisch auf die besondere Leistungspflicht des Staates gegenüber Opfern von Folter ein. In dem General Comment Nr. 3 wird diese in Art. 11-15 (‚Rehabilitation‘) der CAT zur Wiedergutmachung bzw. Entschädigung von Opfern von Folter näher erläutert. Demnach sollen die Vertragsstaaten jedem Opfer von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen bereitstellen, um eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu gewährleisten.[4]

UN Committee Against Torture (CAT), General comment no.3, 2012

„In order to fulfil its obligations to provide a victim of torture or ill-treatment with the means for as full rehabilitation as possible, each State party should adopt a long-term, integrated approach and ensure that specialist services for victims of torture or ill-treatment are available, appropriate and readily accessible. These should include: a procedure for the assessment and evaluation of individuals' therapeutic and other needs, based on, inter alia, the Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol); and may include a wide range of inter-disciplinary measures, such as medical, physical and psychological rehabilitative services; re-integrative and social services; community and family-oriented assistance and services; vocational training; education etc. A holistic approach to rehabilitation which also takes into consideration the strength and resilience of the victim is of utmost importance. Furthermore, victims may be at risk of re-traumatization and have a valid fear of acts which remind them of the torture or ill-treatment they have endured. Consequently, a high priority should be placed on the need to create a context of confidence and trust in which assistance can be provided. Confidential services should be provided as required.“

UN Committee Against Torture (CAT), General comment no. 3, 2012 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment : implementation of article 14 by States parties, 13 December 2012

4 Vgl. Abs.11 CAT-C-GC-3 vom 19. November 2012 i.V.m. Art 14 United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT).

Die EU-Aufnahmerichtlinie

Auch im europäischen Recht findet sich die Verpflichtung, für die Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen. Durch die sog. EU-Aufnahmerichtlinie[5] wird bestimmt, welche Mindestanforderungen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei der Aufnahme von Asylsuchenden einzuhalten haben. Nach Art. 19 Abs. 1 der Richtlinie müssen die Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass alle Asylsuchenden die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Darüber hinaus sieht die Richtlinie vor, dass Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme – wozu auch Asylsuchende mit psychischen Störungen gehören – erforderlichenfalls eine geeignete psychologische Betreuung erhalten (Art. 19 Abs. 2).

§

EU-Aufnahmerichtlinie

Artikel 19: Medizinische Versorgung

(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.

(2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Artikel 21: Allgemeiner Grundsatz
(der Bestimmungen für schutzbedürftige Personen)

- **Minderjährige**
- **unbegleitete Minderjährige**
- **Behinderte**
- **ältere Menschen**
- **Schwangere**
- **Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern**
- **Opfer des Menschenhandels**
- **Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen**
- **Personen mit psychischen Störungen**
- **Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien**

Die Aufzählung in Artikel 21 erfolgte beispielhaft, d.h. sie ist nicht „abschließend" zu verstehen. Personen können auch zu einem nicht hier aufgeführten Personenkreis gehören, der ebenfalls besondere Bedürfnisse hat.

Grundsätzlich müssen Richtlinien in nationales Recht umgesetzt werden. Die Frist zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht ist am 20.07.2015 abgelaufen, ohne dass die Umsetzung in deutsches Recht erfolgt ist. Damit gilt die Richtlinie seit Ablauf dieser Frist unmittelbar – das heißt, die Länder müssen sie umsetzen, auch wenn es keine bundeseinheitlichen Vorgaben dazu gibt.

Bundesweit ist in der Praxis bislang nicht ersichtlich, dass die zuständigen Behörden die notwendigen Schritte zur Identifizierung von psychischen Erkrankungen oder Gewalterfahrungen auch systematisch vornehmen können. Ein Konzept, wie die Prüfung erfolgen soll, existiert bislang nicht. Auf Ebene der Bundesländer gestaltet sich die Entwicklung von Konzepten für diese Beurteilung uneinheitlich, aber es werden seit vielen Jahren in mehreren Regionen Modelle entwickelt, um die Beurteilung fachgerecht durchzuführen (für eine ausführliche Bewertung einzelner Modelle Vgl. Hager & Baron, 2017).

Rheinland-Pfalz bekennt sich ausdrücklich dazu, sich an der EU-Aufnahmerichtlinie zu orientieren und gehört zu den Bundesländern, die ein Konzept zum Gewaltschutz und zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen in den Einrichtungen der Erstaufnahme entwickelt haben (Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz, 2017). Den Einzelheiten des Modells sowie den Chancen und Herausforderungen aus Sicht der Praxis ist in diesem Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet *(Vgl. Kapitel „Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten")*.

5 Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

3. Aktuelle Lebenssituation von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz

Um bezüglich bestehender Versorgungsbedarfe von psychisch erkrankten bzw. belasteten Geflüchteten in Rheinland-Pfalz zu einer Einschätzung zu kommen, ist der Blick auf die Aufnahme- und Zugangszahlen notwendig. Wie viele Asylsuchende in welches Bundesland verteilt werden, orientiert sich am Steueraufkommen und den Bevölkerungszahlen der einzelnen Länder und ist im *Königsteiner Schlüssel* festgelegt. Daraus ergibt sich, dass die Quoten sehr unterschiedlich ausfallen. Die Verteilungsquote für Rheinland-Pfalz liegt bei 4,83 % (Vgl. Tabelle 1). Das ist im Ländervergleich eine Quote im mittleren Bereich.

Bundesland	Quote
Baden-Württemberg	12,96662 %
Bayern	15,53327 %
Berlin	5,083245
Brandenburg	3,03655 %
Bremen	0,95331 %
Hamburg	2,55752 %
Hessen	7,39885 %
Mecklenburg-Vorpommern	2,01240 %
Niedersachsen	9,33138 %
Nordrhein-Westfalen	21,14424 %
Rheinland-Pfalz	**4,83089 %**
Saarland	1,21111 %
Sachsen	5,05577 %
Sachsen-Anhalt	2,79941 %
Schleswig-Holstein	3,39074 %
Thüringen	2,69470 %

Tabelle 1: Verteilungsquoten nach dem Königssteiner Schlüssel 2017 (BAMF, 2017)

Schutzsuchende in Rheinland-Pfalz

In den Jahren 2015 und 2016 haben die Zugangszahlen und Asylantragsstellungen einen neuen Höhepunkt erreicht. So sind im Jahr 2015 ca. 53.000 und im Jahr 2016 ca. 16.000 asylsuchende Personen nach Rheinland-Pfalz verteilt worden, von denen die meisten aus Syrien und Afghanistan stammen (Vgl. Tabelle 2). Im Jahr 2017 erfolgten 7.922 Zugänge von Asylsuchenden über das EASY-System (Erstverteilung Asylsuchender auf die Bundesländer; Vgl. MFFJIV, 2017a).

Rheinland-Pfalz 2015 absolut 52.846

Herkunftsland	Absolut	
Syrien	25.696	*48,62 %*
Afghanistan	8.758	*16,57 %*
Albanien	4.631	*8,76 %*
Pakistan	1.893	*3,58 %*
Iran	1.819	*3,44 %*

Rheinland-Pfalz 2016 absolut 16.094

Herkunftsland	Absolut	
Syrien	6.164	*38,29 %*
Afghanistan	2.688	*16,70 %*
Iran	1.030	*6,40 %*
Somalia	1.013	*6,29 %*
Eritrea	937	*5,82 %*

Tabelle 2: Asylsuchende in Rheinland-Pfalz 2015 und 2016 nach Herkunftsländern (MFFJIV, 2017)

Etwa zwei Drittel der Geflüchteten in Rheinland-Pfalz sind männlich, ca. ein Drittel unter 18 Jahre alt und etwa die Hälfte ist unter 25 Jahre alt.

Ende September 2017 waren im Ausländerzentralregister 41.679 Personen gemeldet, die entweder im Rahmen von Aufnahmeprogrammen gekommen sind oder deren Asylverfahren positiv abgeschlossen ist. Hinzu kommen rund 14.944 Personen, die sich im Asylverfahren befinden. Weitere rund 6.323 Personen haben eine Duldung, d.h. es handelt sich um abgelehnte Asylbewerber*innen, die aber aus unterschiedlichen Gründen nicht ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt, 2017). Im für den Bericht maßgebenden Jahr 2016 wurden insgesamt 40.455 Personen mit einem anerkannten Schutzstatus erfasst. 22.320 Personen befanden sich noch im laufenden Verfahren (Aufenthaltsgestattung). Für 6.740 Menschen ist das Asylverfahren zunächst negativ ausgegangen und sie wurden abgelehnt. Von diesen 6.740 Menschen bekam der Großteil, 4.815 Personen eine Duldung (Statistisches Bundesamt, 2017).

	2016	2017 (Sept)
Anerkannter Schutzstatus	40.455	41.679
Laufendes Asylverfahren	22.320	14.944
Duldung	4.815	6.323

Tabelle 3: Asylsuchende in Rheinland-Pfalz 2015 und 2016 nach Aufenthaltsstatus (MFFJIV, 2017)

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) in Rheinland-Pfalz

Ende 2016 wurden in Rheinland-Pfalz 2.907 umF betreut. Die größte Altersgruppe der unbegleiteten Minderjährigen in Rheinland-Pfalz bilden Jugendliche, die kurz vor der Volljährigkeit stehen. Die Gruppe der 18- bis unter 20-Jährigen ist mit 44,15 % am häufigsten vertreten, gefolgt von den 16 bis unter 18-Jährigen (41,78 %). Zu den Hauptherkunftsländern zählen Afghanistan (32,23 %) Syrien (24,16 %) und Somalia (15,08 %).

Die meisten Jugendlichen wurden entsprechend landesinterner Belegungsquote nach dem Königssteiner Schlüssel dem Jugendamt Mainz, dem Jugendamt Mainz-Bingen und dem Jugendamt Westerwaldkreis zugewiesen (Servicestelle umF, 2016). Nachdem sich die Bundeszahlen zur Inobhutnahme von umF zwischen 2014 auf 2015 mehr als verdreifacht hatten, sanken die jugendhilferechtlichen Zuständigkeiten von umF Ende 2016 bis Oktober 2017 um 17 % (Bundesfachverband umF e.V., 2017; Deutscher Bundestag, 2017). Auch in Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2017 etwas weniger umFs von der Jugendhilfe betreut als im Vorjahr (2016: 2.907 vs. 2017: 2.773). Der Bundesfachverband für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) warnt davor, anhand der aktuellen Zahlen voreilige Schlüsse zu ziehen und verweist auf Berichte, nachdem der Anteil an umF unter den Bootsflüchtlingen steige und it ihnen – aufgrund erschwerter Fluchtwege – auch der Anteil schwer traumatisierter Minderjähriger (Bundesfachverband umF e.V., 2017).

Wohnverpflichtung

Aufnahmeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit 6 Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende (AfA) an den Standorten Trier, Hermeskeil, Kusel, Ingelheim und Speyer. Aufgrund der rückläufigen Zahlen ankommender Geflüchteter wurde für 2018 die Schließung der Standorte Bitburg und der Außenstelle Trier ALux beschlossen. Die Aufnahmeeinrichtung mit dem Standort Diez wurde bereits im März 2017 geschlossen. Die Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim wird voraussichtlich Mitte des Jahres 2019 schließen; die Einrichtung in Speyer wird – neben Trier – zu einer von zwei zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen ausgebaut und bis zu diesem Zeitpunkt sukzessive die Aufgaben des Standortes Ingelheim übernehmen. Alle Einrichtungen erfüllen die Aufgaben der Aufnahme, Unterbringung und Betreuung von Asylbegehrenden im Sinne des Asylgesetzes (AsylG). Aus einer Befragung aller AfAs durch die Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Zusammenarbeit mit der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz (ADD RLP) 2016, gaben sieben der damals noch acht befragten Einrichtungen an, über psychisch-unterstützende Angebote in der Einrichtung zu verfügen. Zu den Angeboten zählten beispielsweise psychologische/psychotherapeutische/psychiatrische Sprechstunden, psychologische Einzel- oder Gruppenangebote oder pädagogische Freizeitangebote. In den meisten Fällen wurde 1-mal pro Woche eine Sprechstunde angeboten. Es zeigte sich, dass die Einrichtungen hier sehr unterschiedlich aufgestellt waren. Eine Einrichtung gab an, bei der Erstuntersuchung standardmäßig auch eine Einschätzung der psychischen Gesundheit vorzunehmen, vier Einrichtungen gaben an, dies bei bestehenden Auffälligkeiten einzuleiten (ADD RLP, 2017).

Gemeinschaftsunterkunft oder Privatwohnung?

Nach drei bis fünf Monaten sollen Asylsuchende in die Kommunen verteilt werden, wobei z. B. Familien mit schulpflichtigen Kindern zügiger verteilt werden, als andere Personen (MFFJIV, 2017b). Asylsuchende aus den sogenannten „sicheren Herkunftsstaaten“ bleiben bis zum Ende des Asylverfahrens und im Falle der Ablehnung des Asylantrages bis zur Ausreise in der Erstaufnahme des Landes. Die Verteilung in die Kommunen erfolgt nach einem Schlüssel, der sich an den Einwohner*innenzahlen der Kommunen orientiert. Die Kommunen entscheiden selbst, ob sie Asylsuchende in Wohnungen oder in Gemeinschaftsunterkünften unterbringen. Vom Land gibt es dazu keine Vorgaben, wenngleich das Land eine Unterbringung in Wohnungen – und die damit einhergehende größere Privatsphäre der Menschen – begrüßt. Wie der Asylstatistik des Statistischen Landesamtes (2017) zu entnehmen ist, erfolgt die Unterbringung in größeren Städten wie insbesondere Mainz, Ludwigshafen, Worms und Kaiserslautern aufgrund des angespannten Wohnungsmarktes vor allem in Gemeinschaftsunterkünften. Im ländlicheren Raum ist eine dezentrale Unterbringung deutlich häufiger.

Rheinland-Pfalz

Aktuell leben etwa 4.018.800 Menschen in RLP, von denen 440.465 Ausländer*innen sind (ca. 10,9 %). 20,9 % der Bevölkerung besitzt einen Migrationshintergrund. Rheinland-Pfalz nimmt nach der Verteilungsquote im Jahr 2016 etwa 4,83 % der Asylantragsteller*innen in Deutschland auf.

(Quelle: Statistisches Landesamt 2015)

Zugangszahlen

2015	2016	2017
52.846	16.094	7.922

Quelle: Datenblatt Flüchtlingszahlen MFFJIV, jew. zum Stichtag 31.12.

Abschiebungen

2017	1201
2016	875
2015	577

Quelle: Datenblatt Flüchtlingszahlen MFFJIV, jew. zum Stichtag 31.12.

Hauptherkunftsstaaten (2016/2017)

2016		
Syrien	*Afghanistan*	*Iran*
38,3 %	17,7 %	6,4 %

2017		
Syrien	*Somalia*	*Iran und Eritrea*
25 %	11 %	10 %

Quelle: Integrationskonzept MFFJIV 2017.

Erstunterbringung

Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende (2018)

EAE Trier, LEfAA Ingelheim, AfA Speyer (Ausbau zur EAE bis Mitte 2019), AfA Hermeskeil, AfA Kusel

- Bereits geschlossen: AfA Diez (März 2017)
- Weitere Schließungen beschlossen für: Standort Ingelheim (Mitte 2019), Außenstelle ALux (Trier) und Bitburg (Verlauf 2018)

Folgeeinrichtungen

In größeren Städten meist Gemeinschaftsunterkünfte. Im ländlichen Raum ist eine Unterbringung in Privatwohnungen üblich.

Residenzpflicht und Mobilität

Die Residenzpflicht wurde 2011 außer Kraft gesetzt: „Die Residenzpflicht ist – so wie sie jetzt geregelt ist – nicht mehr zeitgemäß. Asylbewerber sollen sich nach Auffassung der Landesregierung in Zukunft frei im ganzen Land bewegen dürfen."

(Vgl. MFFJIV 2011)

4. Versorgungssituation für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Als ältestes soziales Krankenversicherungssystem der Welt umfasst das deutsche Gesundheitssystem grundsätzlich einen großzügigen Leistungskatalog und macht ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen verfügbar. Dies geht aus einer aktuellen Analyse der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies (2017) in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission hervor. Deutlich wird in dieser Analyse jedoch auch, dass dies nicht für alle Bevölkerungsgruppen gilt: Insbesondere Asylsuchende und Geflüchtete haben nur zu einem begrenzten Leistungsspektrum Zugang. Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten liegen bislang nicht vor, die bestehenden Befunde verweisen jedoch darauf, dass v.a. in den Bereichen der psychischen Erkrankungen und der chronischen Erkrankungen Handlungsbedarf besteht (Frank et al., 2017)

Wie ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, welche Angebote der Versorgung in Rheinland-Pfalz bestehen, aber auch wie diese auf die Bedürfnisse der Geflüchteten zugeschnitten sind, wird im Folgenden näher beleuchtet.

Damit das Recht auf Gesundheit, wie es u.a. im UN-Sozialpakt verankert ist, auch von jedem und jeder in Anspruch genommen werden kann, müssen staatliche Gesundheitsleistungen und -einrichtungen vier Kriterien erfüllen: Sie müssen verfügbar, zugänglich, annehmbar und qualitativ ausreichend sein – so der Ausschuss der UN, der für diesen völkerrechtlichen Paktes zuständig

Quality	*Qualität* Wie ist die Qualität der Versorgung? Welche Qualifikationsprofile haben die Versorgenden?
Acceptability	*Annehmbarkeit / Angemessenheit* Wie werden die Bedürfnisse und die Lebenssituation von Klient*innen berücksichtigt?
Availability	*Verfügbarkeit* Welche Versorgungsstrukturen gibt es? Welche Angebote sind verfügbar? Wie viele Klient*innen werden dadurch erreicht? Wie ist die Kapazität der Versorgungsstrukturen zu bewerten?
Accessibility	*Zugänglichkeit* Zu welchen Versorgungsangeboten haben Geflüchtete Zugang? Welche Barrieren behindern den Zugang? Welche Faktoren erleichtern den Zugang?

ist[6]. Entlang dieser Kriterien soll die Versorgungssituation von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz analysiert und dargestellt werden.

Das Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen. Darunter fallen sowohl die Strukturen der Regelversorgung (stationär, teilstationär und ambulant) als auch die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. Neben den Aufgaben und Leitbildern der Psychosozialen Zentren im Allgemeinen, stellen sich die sechs Zentren, die sich in Rheinland-Pfalz etabliert haben, genauer vor.

Darüber hinaus werden Informationen zu den Klient*innen in den Psychosozialen Zentren dargestellt und erläutert durch wen und mit welcher Qualifikation die Versorgung in den Psychosozialen Zentren stattfindet. Auf Grundlage der Daten zur Behandlung und Betreuung von Klient*innen in den Psychosozialen Zentren wird dabei auch beschrieben, an welchen Stellen die Einrichtungen in der Versorgung von Geflüchteten an ihre Grenzen stoßen. Dabei wird gezeigt, in welchem Ausmaß die Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren der Anzahl Hilfe suchender Geflüchteter gewachsen ist und welchen Einfluss beispielsweise geographische Barrieren im Land Rheinland-Pfalz haben.

Verfügbarkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsangebote

Die Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland sind regional sehr unterschiedlich. So reicht die Versorgungsdichte in Deutschland von 1,7 Psychotherapeut*innen auf 100.000 Einwohner*innen im Kreis Landshut bis zu 129,7 Psychotherapeut*innen für 100.000 Einwohner*innen in Heidelberg (Rommel, Bretschneider, Kroll, Prütz &Thom, 2017). Empirische Untersuchungen belegen, dass diese enormen regionalen Unterschiede in der Dichte von Psychotherapie-Praxen keine Unterschiede in der regionalen Häufigkeit psychischer Störungen widerspiegeln, sondern tatsächliche Versorgungsunterschiede, also ein regional unterschiedliches Versorgungsangebot für die erkrankten Personen (ebd.).

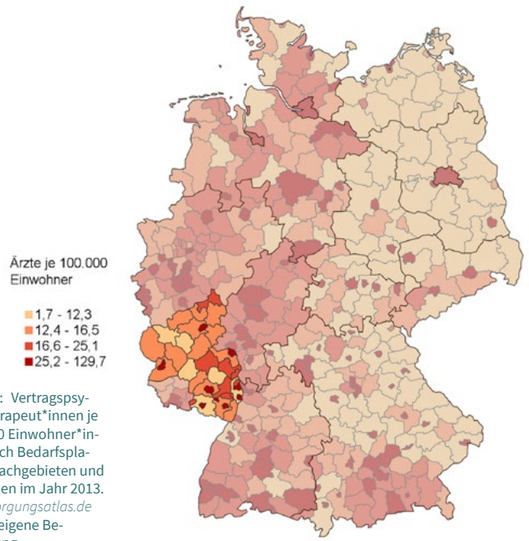


Abb. 6: Vertragspsychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner*innen nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. © *versorgungsatlas.de* 2018 / eigene Bearbeitung

Wie auch für andere Bundesländer feststellbar, ist für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz ein großes Versorgungsgefälle zwischen städtischem und ländlichem Raum sowie ein bevorstehender Ärzt*innenmangel aufgrund der Altersstrukturen in den jeweiligen Fachgruppen zu erkennen. Nach Aussagen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) scheiden in einigen Regionen bis 2020 bis zu zwei Drittel aller Hausärzt*innen aus (z. B. Mittelbereiche Hermeskeil, Cochem, Andernach; Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 2015):

„Praktisch wird die ambulante Versorgung, insbesondere in den ländlichen Gebieten mit drohenden Versorgungsengpässen, zu einem großen Teil durch regional und lokal verwurzelte Vertragsärzte getragen, die zum Teil seit Jahrzehnten in ihren Praxen arbeiten."

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 2016

Hausärzt*innen leisten im Rahmen der Versorgung von Geflüchteten 90 % der Akutleistungen. Gerade für den ländlichen Bereich sind damit wachsende Defizite in der Versorgung zu erwarten.

6 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, available at: *http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html* [accessed 10 January 2018].

Wie viele Psychotherapeut*innen es in einem bestimmten Versorgungsgebiet gibt, bestimmt in Deutschland noch immer eine Bedarfsplanung aus dem Jahr 1999. Ihr liegen die zum damaligen Zeitpunkt zugelassenen Psychotherapeut*innen zugrunde. Sie berücksichtigen jedoch nicht, ob in einer Region verhältnismäßig viele oder relativ wenige Menschen psychisch erkrankt sind (Albrecht et al., 2016). Während in Rheinland-Pfalz z. B. im Kreis Cochem-Zell auf eine*n Psychotherapeut*in 11.491 Einwohner*innen kommen, sind es in Mainz nur 1.887 Einwohner*innen (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2015).

Stationäre und Teilstationäre Versorgung

Für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung psychischer Erkrankungen sind in der Regel Psychiatrische Kliniken bzw. psychiatrische Fachabteilungen und psychosomatische Fachabteilungen zuständig. Weiterhin sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) ebenfalls an der Versorgung beteiligt.

2015 führten die Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) eine Befragung unter psychiatrischen Kliniken durch (für Erwachsene sowie für Kinder- und Jugendliche), an der 16 Kliniken teilnahmen. Die Ergebnisse der Befragung der Akteur*innen rund um die stationäre Versorgung zeigen, dass 81% der Kliniken bereits Erfahrungen in der Behandlung von Geflüchteten haben. Des Weiteren gaben 56% an, bereits unter Einsatz eines*r Sprach- und Kulturmittler*in gearbeitet zu haben. Abgefragt wurde außerdem, inwieweit fremdsprachliches Personal eingestellt sei. Unter allen teilnehmenden Kliniken konnte ermittelt werden, dass 87% der Ärzteschaft eine weitere Fremdsprache spricht (darunter v.a. Englisch, Arabisch, Serbo-Kroatisch und Russisch). Unter den in den Kliniken tätigen Psychotherapeut*innen sprechen 62% eine weitere Fremdsprache (darunter v.a. Englisch und Türkisch).

Im Rahmen der Treffen der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Gesundheit von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz"[7], konnten die verschiedenen beteiligten Akteure in Rheinland-Pfalz Problemlagen und Schwierigkeiten bei der Versorgung der Zielgruppe äußern. Unter den Akteur*innen der stationären Versorgung wurde im Rahmen dieses Austausches deutlich, dass es in den Kliniken und Fachabteilungen derzeit v.a. drei Gruppen von Patient*innen gibt (Arbeitsgemeinschaft „Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen in RLP", 2017):

a) Patient*innen mit bereits langjährig bestehenden psychiatrischen Erkrankungen (häufig ohne Vorbehandlung im Herkunftsland)

b) Patient*innen in Erregungszuständen oder betroffen von suizidal-depressiver Dekompensation, die von Abschiebungen bedroht sind. Auch aufgrund von Konflikten in den Unterkünften oder des zugeteilten Wohnorts komme es zu Verhaltensauffälligkeiten mit Einweisung durch das Ordnungsamt.

c) Patient*innen, die unter einer PTBS leiden und oftmals Schwierigkeiten haben an einer kontinuierlichen Behandlung teilzunehmen, aufgrund oftmals unklarer Aufenthaltssituationen und schwieriger Lebensumstände.

In der stationär-klinischen Behandlung würden weniger posttraumatische Störungen im Vordergrund stehen, sondern eher andere Erkrankungen (Psychosen, affektive Erkrankungen, Suchterkrankungen und vielfältige soziale Probleme, die sich in Form von Anpassungsstörungen äußern). Fast durchgängig würde Hilfe erst sehr spät in Anspruch genommen und dann häufig in Verbindung mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Häufig stünden akute Erregungszustände als Notfälle im Vordergrund, aus denen sich entsprechend kürzere Aufenthalte ergäben. Insgesamt zeige sich im Vergleich zur Erwartung eine noch niedrige, jedoch (langsam) steigende Inanspruchnahme sowohl im Bereich der Erwachsenen wie auch der Kinder und Jugendlichen. Häufig erfolge auch eine Vorstellung wegen krisen- oder konflikthafter Situationen v.a. in Aufnahmeeinrichtungen sowie bei unbegleiteten Minderjährigen. In der Regel gäbe es dabei deutliche Hinweise auf Traumatisierungen. Oftmals bestünde zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht der Wunsch nach einer Aufarbeitung in einem therapeutischen Rahmen. Den Betroffenen ginge es zunächst um den Wunsch nach einer Perspektive für die eigene Lebensplanung oder die Sorge um Familienangehörige.

7 Ende 2016 haben das Integrations- und Gesundheitsministerium die Arbeitsgruppe „Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz" ins Leben gerufen, zu der relevante Akteur*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und der Flüchtlings- und Jugendhilfe eingeladen und miteinbezogen wurde. Die Arbeitsgruppe arbeitet daran, ein gemeinsames und umfassendes Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz zu entwickeln.

Insgesamt gibt es für die (teil-)stationäre Versorgung der Schutzgruppe in Rheinland-Pfalz noch keine flächendeckenden spezialisierten Angebote. Nach Informationen des MSAGD aus Gesprächen mit Vertreter*innen des Chefärzt*innenkreises werden jedoch prinzipiell in allen psychiatrischen Abteilungen und Kliniken Migrant*innen bzw. geflüchtete Menschen behandelt.

Wünschenswert ist, dass hier reaktives Handeln besser in konzeptionelles und planvolles Vorgehen umgewandelt wird. Einige Fachkliniken und Hauptfachabteilungen von Kliniken stellen sich zunehmend auf die Behandlung von geflüchteten Menschen bzw. Migrant*innen ein. So haben einige Akteur*innen im stationären Bereich integrierte Versorgungsschwerpunkte und transkulturelle psychiatrische Ambulanzen eingerichtet. Zum Beispiel sind hier zu nennen Transkulturelle Psychiatrische Ambulanz, Rheinhessen-Fachklinik Alzey; Transkulturelle psychiatrische Ambulanz, Universitätsklinikum Mainz; Kinder- und Jugendpsychiatrie, SHG-Klinikum Idar-Oberstein; Migrationsambulanzen am St. Elisabeth Krankenhaus Lahnstein, an der Stadtklinik Frankenthal, am St. Elisabeth Krankenhaus Gerolstein, der Tagesklinik Bitburg und der Tagesklinik Hermeskeil. Dies ist besonders gut dort möglich, wo sprachlich und interkulturell qualifizierte Mitarbeiter*innen vorhanden sind bzw. entsprechende Mitarbeiter*innen gezielt eingestellt werden. In Alzey und Frankenthal wurden in den letzten Jahren darüber hinaus durch die dortigen Psychiatrien sehr gut besuchte Fachtagungen zur Thematik durchgeführt.

Übersicht: Strukturdaten zur (teil-) Stationären Versorgung in Rheinland-Pfalz

Quelle: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) Rheinland-Pfalz, 2017

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie Rheinland-Pfalz-Erwachsenenpsychiatrie ohne Forensik

	Größe gegliedert nach Betten					Summe
	Bis 100	101-200	201-300	301-400	Über 400	
Anzahl Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie	5	4	0	2	1	12
Anzahl der Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern	8	5	0	0	0	13
Summe	13	9	0	2	1	25

Tabelle 4: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Anzahl der Betten/Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie- Erwachsenenpsychiatrie ohne forensische Psychiatrie

Fachkrankenhaus		Fachabteilung		Summe		Gesamtsumme
vollstationär	*teilstationär*	*vollstationär*	*teilstationär*	*vollstationär*	*teilstationär*	
1.527	493	891	288	2.418	781	3.199

Tabelle 5: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Anzahl der teil-/stationären Betten/Plätze im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie 2005,2010 und 2015 und Betten/Plätze pro 1.000 Einwohner in RLP

	vollstationär	teilstationär	Summe	Pro 1.000 Einwohner*innen
2005	2.266	540	2.806	0,69
2010	2.422	684	3.106	0,78
2015	2.418	781	3.199	0,79

Tabelle 6: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

	Größe gegliedert nach Betten				Summe
	Bis 50	51-100	101-150	über 150	
Anzahl Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	0	3	1	0	4
Anzahl der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	3	1	0	0	4
Summe	3	4	1	0	8

Tabelle 7: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Vergleichende Darstellung: Anzahl der teil-/stationären Betten/Plätze im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie 2005,2010 und 2015 und Betten/Plätze pro 1.000 Einwohner in RLP

	vollstationär	teilstationär	Summe	Pro 1.000 Einwohner*innen	Pro 1000 minderjährige Einwohner*innen
2005	170	85	255	0,06	o.A.
2010	240	165	405	0,10	0,60
2015	274	205	479	0,12	0,74

Tabelle 8: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Anzahl der Betten/Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Fachkrankenhaus		Fachabteilung		Summe		Gesamtsumme
vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	
54	60	220	145	274	205	479

Tabelle 9: Erhebungsbasis: Ordnungsbehördliche Genehmigung am 31.12.2015 für im Krankenhausplan des Landes aufgenommene Krankenhäuser.

Ambulante Versorgung

Einen Großteil der Versorgung im Regelsystem und damit eine ambulante Behandlung von Geflüchteten wird von niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen geleistet. Für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zeigt sich, dass eine Vorstellung der Betroffenen meist erst in Situationen einer krisenhaften Zuspitzung und auf Initiative von Unterstützer*innen erfolgt.

Im Jahr 2016 führte die Koordinierungsstelle für interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz eine Befragung niedergelassener Fachärzt*innen aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, zum Thema Versorgung von Geflüchteten in den Praxen durch.[8] Aus dem Rücklauf von 32 Fragebögen ging hervor, dass mindestens die Hälfte der Befragten noch keine Erfahrungen in der Behandlung von Geflüchteten hatte. Bedenken bzgl. der Behandlung ergaben sich v.a. aufgrund des zusätzlichen Zeitfaktors, der sich nach Angaben vieler Befragter nur schwer in den Praxisalltag integrieren ließe. So z. B. beim Einsatz von Sprach- und Kulturmittler*innen, auch wenn über die Hälfte der Befragten sich die Sitzung zu Dritt vorstellen konnte. Als Bedarfe wurden die (engere) Zusammenarbeit mit Flüchtlingsberatungsstellen vor Ort und der Zugriff auf Dolmetscher*innen-Pools besonders deutlich.

Bedenken bzgl. der Behandlung von Geflüchteten unter den Fachärzt*innen

- keine Kapazitäten, keine freien Termine,
- Wartezeiten für alle über 5 Monate,
- lässt sich nicht in die Praxisabläufe integrieren.

Neben der Befragung von Fachärzt*innen wurden in Zusammenarbeit mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) ebenfalls niedergelassene Psychotherapeut*innen befragt.[9] Unter den 131 Teilnehmer*innen, gaben 35 % der Befragten an, bereits Erfahrung in der Behandlung von Geflüchteten zu haben. Ähnlich viele der befragten Psychotherapeut*innen (36 %) gaben an, auch schon unter Einsatz von Sprach- und Kulturmittler*innen gearbeitet zu haben und bei 84 % besteht ein Interesse an der Therapie zu Dritt. Unter den Psychotherapeut*innen drehten sich die Bedenken bei der Versorgung von Geflüchteten ebenfalls um den vermehrten Aufwand und fehlende Kapazitäten. Als Bedarfe wurden die Zusammenarbeit mit Flüchtlingsberatungsstellen vor Ort und der Zugriff auf bestehende Dolmetscher-Pools besonders deutlich. Auch durch das Engagement der LPK RLP ist unter den Psychotherapeut*innen insgesamt eine hohe Bereitschaft bzgl. der Versorgung von psychisch-erkrankten Flüchtlingen festzustellen. Das zeigt sich u.a. auch an den gut besuchten Schulungen für die Berufsgruppe. Es sind hier strukturelle Rahmenbedingungen, die eine angemessene Versorgung erschweren, so z. B. die unzureichend gelöste Frage nach der Übernahme von Sprachmittlungskosten.

Bedenken bzgl. der Behandlung von Geflüchteten unter den Psychotherapeut*innen

- Wortlaut und Kontakt geht durch Sprachmittlung verloren,
- keine Kapazitäten,
- fremder kultureller Kontext,
- fehlende Erfahrung,
- zu viel Aufwand mit der Abrechnung.

Sprachkompetenzen und Migrationshintergrund unter den niedergelassenen Psychotherapeut*innen und (Fach-) Ärzt*innen in Rheinland-Pfalz

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) lassen sich unter den ca. 7.500 Mitgliedern insgesamt folgende Sprachkompetenzen zusammenfassen.[10]

Außerdem sei der Anteil an den rheinland-pfälzischen Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit Migrationshintergrund von 2005 bis 2015 nur geringfügig von 1,8 auf 2,7 Prozent angestiegen. Er liegt damit nach wie vor sehr deutlich unter dem ausländischen Gesamtbevölkerungsanteil in Rheinland-Pfalz von ca. 10,9 % (Vgl. KV RLP 2016). Etwa 194 Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen in Rheinland-Pfalz besitzen eine ausländische Staatangehörigkeit (Vgl. Abb. 7).

8 Ohne Hausärzt*innen. Befragt wurden Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapie, Fachärzt*innen für Neurologie und Psychotherapie, Fachärzt*innen für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzt*innen für psychotherapeutische Medizin, sowie Fachärzt*innen mit fachgebundener Weiterbildung.

9 Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Ärztliche Psychotherapeut*innen.

10 Die Angaben zur Sprachkompetenz erfolgten jeweils freiwillig von Seiten der Mitglieder und können daher kein vollständiges Bild über das Sprachangebot der Behandler*innen darstellen. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

Lange Wartezeiten

Obwohl nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) derzeit für alle Planungsbereiche in Rheinland-Pfalz eine Voll- bzw. Überversorgung durch die niedergelassenen Psychotherapeut*innen festgestellt wird, bestanden zuletzt lange Wartezeiten bei Anfrage eines Therapieplatzes. Durch eine Gesetzesänderung im April 2017 habe sich zwar die Wartezeit auf eine erste Sprechstunde, nicht aber die Wartezeit auf den Beginn einer Therapie verbessert. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz kritisiert die zugrundeliegende Bedarfsplanung der KV und der Krankenkassen und geht derzeit von einer durchschnittlichen Wartezeit von bis zu 6 Monaten aus. Zum Vergleich: Die Bundespsychotherapeutenkammer hält eine Wartezeit von maximal 3 Wochen für zumutbar. Besonders betroffen von langen Wartezeiten seien der Westerwald, Eifel und Hunsrück (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2017).

Fremdsprache	Anzahl Mitglieder	Fremdsprache	Anzahl Mitglieder
Englisch	7070	Portugiesisch	64
Französisch	3517	Kroatisch	33
Spanisch	601	Schwedisch	31
Russisch	540	Serbokroatisch	27
Italienisch	424	Tschechisch	27
Türkisch	188	Bulgarisch	24
Polnisch	137	Norwegisch	18
Arabisch	124	Serbisch	16
Niederländisch	112	Ukrainisch	16
Griechisch	107	Hebräisch	16
Rumänisch	102	Albanisch	12
Persisch / Farsi	91	Kurdisch	10
Ungarisch	88		

Tabelle 10: Sprachkompetenzen unter den Mitgliedern der KV RLP, Februar 2018.

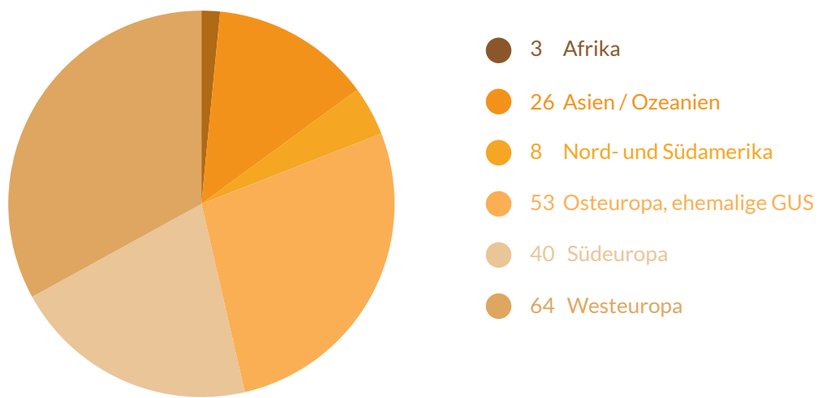


Abb. 7: Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen in Rheinland-Pfalz. Zahlen Migrationsherkunft gemäß aktueller Staatsangehörigkeit (Quelle: Versorgungsatlas RLP-KV 2016).

Übersicht: Strukturdaten zur ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz

Quelle: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) Rheinland-Pfalz, 2017

Anzahl der niedergelassenen Fachärzt*innen für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

(Stand 31.12.2015)

Jahr	Anzahl	Einwohner*innen je Fachärzt*in
2005	218	18.625
2010	196	20.427
2015	208	19.286

Anmerkung: Da es eine erhebliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, die für mehr als eines der genannten Fachgebiete zugelassen sind, kommt es zu Mehrfachzählungen in den unterschiedlichen abgefragten Kategorien.

Tabelle 11: Anzahl und Einwohner*innen je niedergelassener Fachärzt*in für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde in RLP. Erhebungsbasis: Kassenärztliche Vereinigungen.

Anzahl der niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für psychotherapeutische Medizin, Zusatztitel Psychotherapie bzw. Psychoanalyse

(Stand 31.12.2015)

Jahr	Anzahl	Einwohner*innen je Fachärzt*in
2005	409	9.927
2010	278	14.402
2015	426	9.417

Anmerkung: Da es eine erhebliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, die für mehr als eines der genannten Fachgebiete zugelassen sind, kommt es zu Mehrfachzählungen in den unterschiedlichen abgefragten Kategorien.

Tabelle 12: Anzahl und Einwohner*innen je niedergelassener Fachärzt*in für psychotherapeutische Medizin, ärztliche Psychotherapeut*innen, Zusatztitel Psychotherapie bzw. Psychoanalyse in RLP. Erhebungsbasis: Kassenärztliche Vereinigungen.

Anzahl der niedergelassenen Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

(Stand 31.12.2015)

Jahr	Anzahl	Minderjährige Einwohner*innen je Fachärzt*in
2005	22	34.044
2010	26	25.787
2015	33	19.593

Anmerkung: Da es eine erhebliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, die für mehr als eines der genannten Fachgebiete zugelassen sind, kommt es zu Mehrfachzählungen in den unterschiedlichen abgefragten Kategorien.

Tabelle 13: Anzahl und Einwohner*innen je niedergelassener Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie in RLP. Erhebungsbasis: Kassenärztliche Vereinigungen

Anzahl der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut*innen nach dem Psychotherapeutengesetz

(Stand 31.12.2015)

Jahr	Anzahl	Einwohner*innen je Psychologische Psychotherapeut*in
2005	352	11.535
2010	462	8.666
2015	640	6.268

Anmerkung: Da es eine erhebliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, die für mehr als eines der genannten Fachgebiete zugelassen sind, kommt es zu Mehrfachzählungen in den unterschiedlichen abgefragten Kategorien.

Tabelle 14: Anzahl und Einwohner*innen je niedergelassenen Psychologischer Psychotherapeut*in in RLP. Erhebungsbasis: Kassenärztliche Vereinigungen.

Anzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen nach dem Psychotherapeutengesetz

(Stand 31.12.2015)

Jahr	Anzahl	Einwohner*innen je Psychologische Psychotherapeut*in
2005	69	10.854
2010	156	4.298
2015	206	3.130

Anmerkung: Da es eine erhebliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, die für mehr als eines der genannten Fachgebiete zugelassen sind, kommt es zu Mehrfachzählungen in den unterschiedlichen abgefragten Kategorien.

Tabelle 15: Anzahl und Einwohner*innen pro niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in in RLP. Erhebungsbasis: Kassenärztliche Vereinigungen.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems – Zur Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

Anfang 2014 wurde in Rheinland-Pfalz die *„Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems- Zur Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz“* (im Folgenden kurz: Koordinierungsstelle) installiert, um das niedergelassene System und die Regeldienste bei der Aufgabe der Versorgung psychisch erkrankter und hilfebedürftiger Geflüchteter zu unterstützen, interkulturell zu sensibilisieren und adäquate Hilfesysteme in Rheinland-Pfalz weiter auf- und auszubauen.

Die Koordinierungsstelle ist angegliedert an das Psychosoziale Zentrum Mayen in Trägerschaft des Caritasverbandes Rhein-Mosel-Ahr e.V., wurde zusammen mit dem Integrations- und Gesundheitsministerium sowie der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) und dem Trägerverband konzipiert und verfolgt das übergeordnete Ziel unter den relevanten Akteur*innen und Einrichtungen des Gesundheitswesens interkulturelle Öffnung voranzutreiben und interkulturelle Wege in das stark regulierte deutsche Gesundheitssystem zu ebnen.

In Kooperation mit der LPK RLP wurden dazu z. B. gemeinsame Schulungen konzipiert, die zentrale Aspekte bei der psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten behandeln. Mehr als 440 interessierte Psychotherapeut*innen (Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Ärztliche Psychotherapeut*innen) und andere Fachkräfte konnten seither erreicht werden. Viele von ihnen ließen sich in einen Pool für Rheinland-Pfalz aufnehmen und erklärten damit ihre Bereitschaft Psychotherapie im interkulturellen Kontext anzubieten und ggf. unter Einsatz von Sprach- und Kulturmittler*innen zu arbeiten.

Auch unter den (Fach-) Ärzt*innen aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich konnten Kontaktdaten für Rheinland-Pfalz zusammengetragen und in einem Pool erfasst werden.

Bezüglich der Qualifizierung und Vermittlung von Sprach- und Kulturmittler*innen konnten darüber hinaus in 20 Schulungen an den verschiedensten Standorten in ganz Rheinland-Pfalz 390 Menschen erreicht werden. Ein Großteil der Teilnehmer*innen ließ sich in die verschiedenen regionalen Pools aufnehmen, die die unterschiedlichsten Sprachen abdecken. So konnte ein bereits gut ausgebautes Netz an geschulten Sprach- und Kulturmittler*innen für Rheinland-Pfalz geschaffen werden. Die Koordinierungsstelle vermittelt bei Bedarf Kontakte aus den vorhandenen Pools weiter und ist Ansprechpartner rund um die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten, so dass die Behandlung für Betroffene in den Regeldiensten gelingen kann.

Gründung	Februar 2014
Sitz	Angegliedert an das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge „In Terra“ in Mayen
Trägerschaft	Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
Team	2 psychologische Mitarbeiterinnen, 1 pädagogische Mitarbeiterin, 1 weitere Projektmitarbeiterin (im März 2018)
Ziele	• Nachhaltige Sicherstellung der Behandlung von psychisch kranken Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz • Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens anstoßen und Wege ebnen, um langfristig die Versorgungslücken in der Behandlung durch die Regelversorgung in Rheinland-Pfalz zu schließen • Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems soll durch Sensibilisierung für die Lebenslagen und Bedürfnisse von psychisch kranken Flüchtlingen sowie durch die Initiierung von entsprechenden Schulungs-, Vernetzungs- und Unterstützungsangeboten für Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen ermöglicht werden.
Aufgaben	• Initiierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Akteur*innen des regulären Gesundheitssystems (Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen) über die Behandlung von psychisch kranken geflüchteten Personen • Aufbau eines Netzwerks von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Behandlung, Krisenintervention, Diagnostik, Begutachtung und Therapie • Entwicklung von Standards für Sprach- und Kulturmittler*innen im Bereich der psychosozialen Betreuung, Beratung und Therapie und Aufbau eines Sprachmittlungspools in Rheinland-Pfalz • Weiterentwicklung der spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Flüchtlinge als Bestandteil des regulären Gesundheitssystems • Unterstützung und Bereitstellung von Informationen für die Regeldienste, spezialisierte Einrichtungen und Multiplikator/innen, v.a. über die Website *http://www.interkulturell-gesundheit-rlp.de/*
Gefördert durch	Integrationsministerium Rheinland-Pfalz; Startfinanzierung durch das Gesundheitsministerium 2014 Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Vielerorts müssen psychisch erkrankte Menschen monatelang auf einen Therapieplatz warten. Besonders vulnerable Personengruppen mit komplexen Behandlungsbedarfen, wie Geflüchtete oder Opfer schwerer Menschenrechtsverletzungen es sind, trifft diese bereits für die Allgemeinbevölkerung angespannte Situation mit besonderer Härte. Die Aufmerksamkeit für Geflüchtete als Patient*innen-Gruppe war in der Vergangenheit eher gering, Angebote die auf die komplexe Problemlage und die speziellen Zugangsbarrieren der Betroffenen eingehen, wurden vom herkömmlichen Gesundheitssystem bislang sehr zögerlich entwickelt.

Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit bedarfsgerechter Angebote für Geflüchtete wurden in den letzten 40 Jahren von engagierten Einzelpersonen, Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene Angebote aufgebaut. Diese Initiativen versuchen seit Jahrzehnten, Versorgungsdefizite mit bedarfsorientierten, niedrigschwelligen Behandlungsangeboten aufzufangen – in aller Regel jedoch außerhalb des Gesundheitssystems.

Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung entstanden mit Beginn der 1980er Jahre über die damalige Bundesrepublik hinweg verschiedene Psychosoziale und Behandlungszentren. In zunächst noch sehr kleinen, aber von Beginn an immer interdisziplinär zusammengesetzten Netzwerken, begannen sich engagierte Heilberufler*innen aus der Menschenrechtsbewegung – in ihren Anfängen fast immer ehrenamtlich – für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten einzusetzen.

Inzwischen sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 37 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer vernetzt. Bei den Psychosozialen Zentren handelt es sich um nicht-staatliche, nicht gewinnorientierte Organisationen, die in der großen Mehrheit als gemeinnützige Vereine organisiert sind.

Abb. 8: Die 6 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz mit den Standorten Altenkirchen, Mayen, Mainz, Trier, Ludwigshafen und dem neuen Standort in Kaiserslautern

In Rheinland-Pfalz bieten inzwischen 6 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer Beratung und Behandlungsleistungen für psychisch belastete Geflüchtete an.[11] Fünf der Psychosozialen Zentren sind als Mitglieder in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer vernetzt. Als Fachstellen mit z.T. über 20-jähriger Erfahrung und gut ausgebauten Netzwerken leisten die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz einen großen Teil der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten. Zusätzlich wirken sie als Multiplikator*innen für ihre Region, indem sie ihre Expertise durch Schulungen, Informationsveranstaltungen oder Vorträge weitervermitteln. Der Zusammenschluss aller Zentren in Rheinland-Pfalz zur „AG Flucht und Trauma RLP“ und der dadurch regelmäßig stattfindende inhaltliche Austausch als Interessengemeinschaft ist lohnend und unterstreicht die PSZs in Rheinland-Pfalz als relevante Akteur*innen im Rahmen der Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter. Damit wirken sie auch wesentlich an der interkulturellen Sensibilisierung relevanter Akteur*innen und Kooperationspartner*innen mit.

Aufgaben und Leitbilder der Psychosozialen Zentren[12]

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verstehen sich als Einrichtungen und Projekte, die im Bereich der spezialisierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern arbeiten. Sie gewähren Hilfe ohne Ansehen ausländerrechtlicher Restriktionen und unabhängig von ihrer Nationalität, politischen, ethnischen, religiösen oder sonstigen Zugehörigkeiten.

Verantwortung der Behandlungszentren

Die Psychosozialen Zentren sind dem im Grundgesetz garantierten Grundrecht auf Leben und körperliche Integrität sowie der in der Ottawa-Charta der UNO festgeschriebenen Gesundheitsförderung im Sinne von „Gesundheit für alle“ verpflichtet.

Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde bei den Betroffenen garantieren muss. Dies beinhaltet einen Arbeitsansatz, der auf gesundheitsfördernde Aspekte wie die menschlichen, kreativen, heilenden und wertschätzenden Kräfte und Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch im gesellschaftlichen System abzielt, und nicht ausschließlich auf die Behandlungsbedürftigkeit und negative und defizitäre Aspekte (Krankheit, Opfer) fokussiert. Krankmachende und rassistische Strukturen sollten benannt und nach Möglichkeit abgebaut werden.

Die Fachlichkeit der Zentren umfasst therapeutische und traumatherapeutische sowie transkulturelle Kompetenzen, asyl-, sozial und aufenthaltsrechtliches Fachwissen sowie umfangreiche Kenntnisse zu Sozial- und Gesundheitswesen.

In ihrer therapeutischen Arbeit orientieren sie sich an der Aussage der American Psychological Association (APA) von 1973: „Eine Psychotherapie, bei der die Klientel aus einer anderen Kultur als der Therapeut selbst kommt, gilt als nicht angemessen bzw. unethisch, wenn der Therapeut nicht „entsprechend trainiert oder kompetent genug ist, mit ihnen zu arbeiten.“ Wir verstehen unter „Kompetenz“ nicht zuletzt eine offene Haltung und Aufgeschlossenheit gegenüber dem Fremden und die Absicht, sich entsprechendes Wissen und Erfahrung anzueignen sowie die eigenen Werte und Normen kritisch zu hinterfragen.

Gesundheit, Menschenrechtsverletzungen und Exil

Gesundheit bedeutet mehr als nur Freiheit von Krankheit, Schmerz und unnatürlichem Tod. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß des Fehlens von Krankheit oder Gebrechlichkeit.“

Organisierte Gewalt wird von der WHO als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet. Organisierte Gewalt ist die extreme systematische Verletzung fundamentaler Menschenrechte. Die Gewalthandlungen dienen der Durchsetzung staatlicher Politik und werden in einer Weise verübt, die das Recht auf Leben, persönliche Integrität und Freiheit der Bevölkerung als Ganzes oder eines oder mehrerer Teile andauernd verletzt oder bedroht. Für die Betroffenen bedeutet sie eine Aufeinanderfolge von extremem Stress und wiederholten Trau-

11 Ende 2017 gab es mit der Gründung eines Zentrums in Kaiserslautern 6 Psychosoziale Zenten in Rheinland-Pfalz. In die Datenerhebung und -auswertung, basierend auf den Statistiken für das Jahr 2016, sind jedoch nur die Zahlen der 5 Mitgliedszentren der BAfF (Mainz, Mayen, Altenkirchen, Trier und Ludwigshafen) eingegangen.

12 Aufgaben, Leitbilder und Angebote der Psychosozialen Zentren orientieren sich an den Leitlinien, denen sich die in der BAfF vernetzten PSZ verpflichtet haben. Die Leitlinien der BAfF in voller Länge finden sich unter: *http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/*

matisierungen. Für viele, die organisierte Gewalt überleben, folgen Vertreibung, Exil und Verlust der kulturellen Zugehörigkeit.

Flucht, Trauma, Exil und Interkulturalität

Flucht, Vertreibung und die daraus resultierende Entwurzelung führen zu einer abrupten und gewaltsamen Unterbrechung des bis dahin geführten Lebensstils. Durch Flucht und das Leben im Exil wird der Geflüchtete mit ihm bis dahin unbekannten bzw. veränderten Lebensumständen konfrontiert, die eine neue Orientierung verlangen, auf die er in keiner Weise vorbereitet war. Seine Entscheidungshoheit, wo und wie er sein Leben führen will, werden in extremem Maße beschnitten.

Charakteristisch für die Situation der Flüchtlinge sind:

- Erfahrungen von politischer Repression wie Folter, Gefängnisaufenthalt, Verfolgung, Verbannung, Unterdrückung und andere traumatisierende Erlebnisse;
- der Zwang, die Heimat verlassen zu müssen, um Leib und Leben zu retten, was das Gefühl von Ausgestoßen sein mit sich bringt;
- das überstürzte, meist fluchtartige Fortgehen, ohne Abschied nehmen zu können;
- traumatisierende Fluchterfahrungen;
- die Schwierigkeit, über die Rückkehr in die Heimat nicht selbst bestimmen zu können, da diese an erster Stelle von den aktuellen politischen Gegebenheiten des jeweiligen Heimatlandes und des Aufnahmelandes und erst an zweiter Stelle von der eigenen Entscheidung abhängt.

Flüchtlinge, die die psychosozialen Behandlungszentren aufsuchen, kommen aus den verschiedenen Kontinenten und haben dementsprechend unterschiedliche soziale und/oder kulturelle Hintergründe.

Kriterien für eine gute transkulturelle Beratung und Therapie sind:

- Klient*innen anzunehmen und zu respektieren, unabhängig vom kulturellen, religiösen und biographischen Hintergrund;
- Sensibilität im Umgang mit den Problemen ethnischer Minderheiten und Kenntnis ihrer spezifischen Problemlage;
- Die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit die Familie und die Gemeinschaft der Klient*innen als Ressourcen in die Beratung mit einzubeziehen. Dies setzt genaue Kenntnisse voraus über spezifische Struktur und Rolle der Familie;
- Die Fähigkeit auf die geäußerten Gefühle zu fokussieren, die der eigenen Kultur und Herkunft fremd sind;
- Die Fähigkeit non-verbale Kommunikation richtig und angemessen zu deuten;
- Sich selbst bewusst zu machen, dass es einen Unterschied gibt, eine fremde Sprache zu sprechen (im Sinne von Verständigung) und in einer fremden Sprache zu beraten bzw. zu therapieren;
- Die Entscheidung, wann Sprachmittler*innen hinzuzuziehen sind, die Fähigkeit mit Sprachmittler*innen in einem gegebenen angemessenen Setting zu arbeiten und die Grenzen dieser Zusammenarbeit richtig einzuschätzen;
- Der Einsatz unabhängiger Sprachmittler*innen, die speziell für die Sprachmittlung in Beratung und Therapie geschult sind.

Angebote der Psychosozialen Zentren

Die verschiedenen Zentren arbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten, dennoch ähneln sich viele ihrer Angebote. Im Folgenden werden einige der Angebote dargestellt, um Tendenzen und Muster in der Behandlung aufzuzeigen, die sich historisch entwickelt haben und die auf die Lebensbedingungen der Betroffenen ausgerichtet sind. Ein professionelles Angebot sollte die im Folgenden genannten Bereiche entweder selbst umfassen oder in Teilbereichen auch delegieren.

Professionelle Hilfestellung muss von einem holistischen Verständnis der betroffenen Person und der Situation ausgehen, ist in den meisten Fällen nicht von einer einzelnen Person zu leisten und erfordert die Kooperation verschiedener Professionen.

Die angebotene Hilfe in den Zentren orientiert sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Flüchtlinge. Sie ist in ein ganzheitliches Konzept eingebettet, das folgende Angebote umfasst:

- sozialarbeiterische und pädagogische Angebote;
- psychologische und psychotherapeutische Angebote;
- medizinische und körpertherapeutische Methoden und Verfahren;
- medizinische und psychologische Diagnostik und Dokumentation (siehe Istanbul-Protokoll[13]);
- Informationsgabe zu allen Lebensbereichen (Asyl, Aufenthalts-, Sozial-, Arbeitsrecht, etc.);
- tätige und lebenspraktische Unterstützung;
- Hilfe zu Selbsthilfe und Selbstorganisation der Betroffenen.

Sofern ein Zentrum einzelne Angebote nicht selbst vorhält (z. B. medizinische Angebote), so ist eine enge Zusammenarbeit mit entsprechend fachlich qualifizierten Versorgungsstrukturen erforderlich. Es sollte jedoch jedes Zentrum die Mehrzahl der oben genannten Angebote vorhalten (insbesondere die Angebote die unter den Punkten 1. und 2. aufgeführt sind)

Langzeitstudien mit Opfern organisierter Gewalt belegen, dass extremtraumatisierte Menschen oft langfristig Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sowie ihrer aktuellen Lebenssituation benötigen (u.a. Asylverfahren, eingeschränkter Zugang zu adäquater Unterkunft, Sozialleistungen, Arbeit, Bildung, gesellschaftliche Teilhabe und gesundheitliche Versorgung).

Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen muss dementsprechend die folgenden Arbeitsansätze umfassen:

- Beratung, sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation. Diese dienen, je nach Aufenthaltssituation der Klient*innen, der Bewältigung der aktuellen Lebenssituation und/oder der Integration in der Aufnahmegesellschaft;
- Psychologische Beratung/ Krisenintervention/ Psychotherapie;
- Vermittlung einer medizinischen angemessenen Versorgung;
- Gruppen- und Projektarbeit;
- Multiplikator*innenarbeit und Vernetzung;
- Information und Fortbildungen für die Fachöffentlichkeit und die zahlreichen ehrenamtlichen Unterstützer*innen;
- Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit;
- Dokumentation, Evaluation, Forschung, Publikation.

Die Finanzierungszusagen sollten gesichert sein, und es wird eine regelmäßige wöchentliche Erreichbarkeit in den eigenen Räumlichkeiten gewährleistet.

Anforderungen an die Arbeit der Psychosozialen Zentren

Eine gezielte und reflektierende Hilfestellung muss erlernt werden, ist in den meisten Fällen nicht von einer Person/ Profession allein zu leisten und kann in Kooperation mit anderen Institutionen geschehen.

Grundausbildung und Mindestanforderungen

Bei den Mitarbeiter*innen sind mind. zwei Fachleute mit mind. 19,25 Wochenstunden pro Person aus Heilberufen oder aus sozialen Berufen fest angestellt. Eine der beiden Fachleute ist Psychotherapeut*in mit abgeschlossener therapeutischer Weiterbildung. Die andere Person ist ausgebildete Sozialarbeiter*in oder verfügt über eine vergleichbare berufliche Qualifikation.

13 Das **Istanbul-Protokoll** *(Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe)* ist der Standard der Vereinten Nationen für die Ausbildung in der Begutachtung von Personen, die den Vorwurf erheben, gefoltert oder misshandelt worden zu sein, für die Untersuchung von Fällen mutmaßlicher Folter und für die Meldung solcher Erkenntnisse an die Justiz und andere Ermittlungsbehörden.

Neben einer soliden Grundausbildung (Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Jura, Medizin usw. mit entsprechendem FHS- oder Universitätsabschluss) sind bei der Komplexität der Problemstellung zusätzliche praktische Erfahrungen und/ oder Zusatzausbildungen erforderlich.

Nötig sind Grundkenntnisse in ausländer- und flüchtlingsrelevanten Rechtsgebieten bzw. die Bereitschaft sich diese anzueignen.

Im psychotherapeutischen Bereich ist eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren erforderlich, es sollten auch nur solche Ansätze in Beratungs- und Therapiearbeit einfließen. Kulturell verankerte Heilmethoden sowie kunst- und körpertherapeutische Angebote sollten nach Möglichkeit einbezogen werden. Die Therapeut*innen sind in der Lage, westliche Methoden auf die Klientel kulturspezifisch anzupassen. Psychotraumatologische Kenntnisse sind für alle Mitarbeiter*innen, die im Beratungs- und therapeutischen Bereich tätig sind, notwendig.

Sowohl die Komplexität der Arbeit als auch die extreme Belastung durch Einzelfallarbeit lassen ein arbeitsteiliges Betätigungsfeld in der Regel notwendig erscheinen.

Alle in einem Zentrum Mitarbeitenden, ob angestellt, als Honorarkraft oder ehrenamtlich Tätige verpflichten sich, die Regeln des Datenschutzes und der Schweigepflicht gem. § 203 StGB einzuhalten.

Hospitation, interne Ausbildung, Einarbeitung und Fortbildung von Mitarbeiter*innen

Vor einer eigenständigen Mitarbeit beziehungsweise Hospitationsphase sollte eine Einarbeitungszeit liegen, für die besondere Regeln gelten; z. B. ist es sinnvoll, die ersten Beratungsgespräche oder Kriseninterventionen zu zweit durchzuführen.

Allen Mitarbeitenden stehen Fortbildungen (speziell die Fachtagungen der BAfF) zu. Die Fort- und Weiterbildungen in den o.g. Bereichen werden durch die Einrichtungen gefördert.

Da es keine spezialisierte Ausbildung in vielen dieser Arbeitsbereiche gibt, stellen sich alle in der BAfF zusammengeschlossenen Zentren zur gegenseitigen Hospitation zur Verfügung.

Supervision

Alle Mitarbeiter*innen sind in regelmäßiger (externer Fall-) Supervision. Die Häufigkeit der Supervision ist abhängig von der Frequenz der Mitarbeit des Einzelnen und von seiner Arbeitssituation.

Die Teilnahme an Supervision sollte für alle Mitarbeitenden verbindlich sein und zu den Arbeitspflichten gehören. Bei krisenträchtigen Veränderungen innerhalb einer Einrichtung sollte eine zusätzliche (Team-) Supervision möglich sein.

Der Schutz der Mitarbeitenden ist dem Schutz der Klient*innen gleichrangig. Für die Mitarbeitenden ist oft die Supervision(-sgruppe) innerhalb der Einrichtung der für sie wichtigste Ort des Vertrauens, an dem sie über Fälle, aber auch über Freude, Erfolg und Anerkennung in einem entsprechenden Setting sprechen können. Die Supervision muss also verschiedene Aufgaben gleichzeitig übernehmen: die übergreifende Fallarbeit, einen Teil der Integrationsarbeit, die Erhaltung der Motivation, Burn-Out-Prophylaxe sowie Austausch und Feedback.

Da die Erfahrungen zeigen, dass sich die extremen Belastungen der Klient*innen auch auf die Mitarbeitenden und das Team auswirken, ist zudem regelmäßig stattfindende Teamsupervision nötig. Der/die Supervisor*in sollte vom Team bestimmt werden. Supervisor*innen sollten Erfahrungen im interkulturellen Bereich haben oder dafür offen sein.

Information, Betreuung und Weiterbildungen für ehren- und nebenamtliche Mitarbeiter*innen

Die regelmäßige Betreuung von ehren- und nebenamtlichen Mitarbeiter*innen in Form von kontinuierlichen Informationsangeboten sowie Hilfestellung in Krisensituationen sollte gegeben sein.

Arbeit mit Sprachmittler*innen

Optimal wäre es, wenn Beratung und Therapie in der Muttersprache angeboten werden könnten. Dies ist jedoch bei der Vielzahl von Herkunftsländern unrealistisch, so dass die Arbeit oft mit Hilfe von Sprachmittler*innen durchgeführt werden muss.

Erfahrene Sprachmittler*innen sind in der Regel notwendiger Bestandteil des Teams eines Behandlungszentrums und leisten hier einen wertvollen Beitrag. Durch ihre häufig vorhandenen interkulturellen Kompetenzen und Migrationserfahrungen können sie wichtige Anregungen geben. Bei der Auswahl von Sprachmittler*innen müssen auch Aspekte politischer oder ethnischer Zugehörigkeit berücksichtigt werden. Zu ihrem Schutz sollten sie nicht selbst traumatisiert sein.

Forschung und Evaluation

Die Behandlungszentren haben ein Interesse daran, ihre Ziele, Programme und Hilfsangebote durch regelmäßige Evaluation zu überprüfen und zu bewerten. Dabei sollte überprüft werden, ob die Maßnahmen tatsächlich zu den gesteckten Zielen führen, für den Bedarf der Klient*innen adäquat sind und zu welchen Kosten dies möglich ist. Die Behandlungszentren nutzen die Evaluation zur kritischen Selbstreflexion und werden notwendige Konsequenzen prüfen und ggf. einleiten. Die Behandlungszentren sollten über ein Qualitätsmanagement verfügen.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz gibt es seit Ende 2017 an sechs[14] Standorten spezialisierte Zentren, die ein komplexes Leistungsspektrum, angepasst an die Lebenssituation der Geflüchteten, anbieten.

Zu den Komplexleistungen der Zentren in Rheinland-Pfalz zählen u.a. eine ausführliche Diagnostik, die psychosoziale Beratung und die Einzelpsychotherapie mit Geflüchteten. Hinzu kommt die Stabilisierungsarbeit, Krisenintervention, das Verfassen von Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren und die Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit.

Neben den einzel- oder gruppentherapeutischen Angeboten und psychosozialer Beratung, wird der rechtliche Status und die damit verbundenen Möglichkeiten und Einschränkungen durch ein weiteres zentrales Angebot – die asyl- und verfahrensrechtliche Beratung – berücksichtigt. Darüber hinaus bieten die Psychosozialen Zentren auch Fortbildungen und Informationsveranstaltungen an, u.a. um auf die Lebens- und Versorgungssituation von Geflüchteten aufmerksam zu machen.

Abb. 9: Die 6 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz mit den Standorten Altenkirchen, Mayen, Mainz, Trier, Ludwigshafen und dem neuen Standort in Kaiserslautern (Koordinierungsstelle 2017).

14 Ende 2017 gab es mit der Gründung eines Zentrums in Kaiserslautern 6 Psychosoziale Zenten in Rheinland-Pfalz. In die Datenerhebung und -auswertung, basierend auf den Statistiken für das Jahr 2016, sind jedoch nur die Zahlen der 5 Mitgliedszentren der BAfF (Mainz, Mayen, Altenkirchen, Trier und Ludwigshafen) eingegangen.

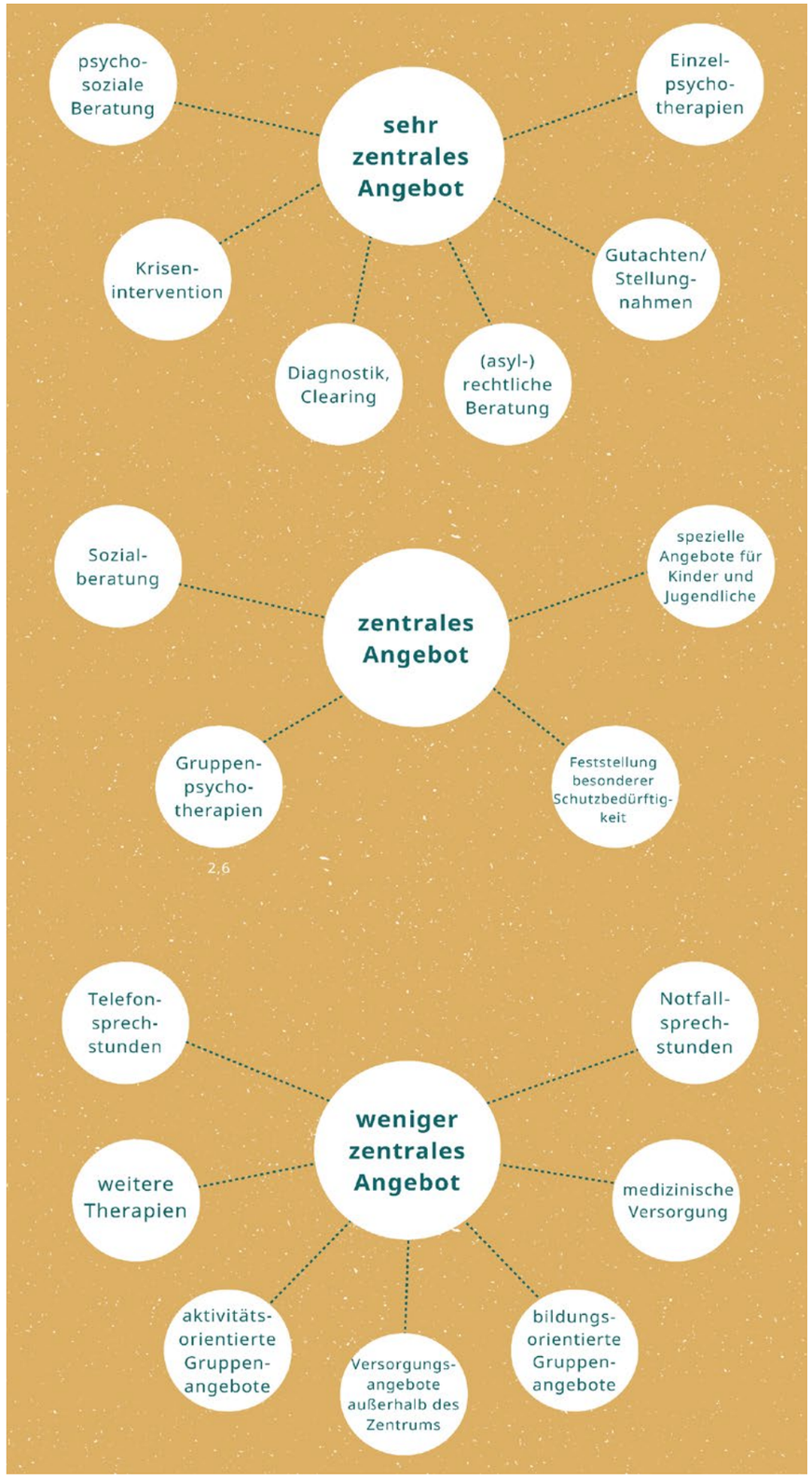


Abb. 10: Leistungsspektrum der PSZ in Rheinland-Pfalz

Information der Landesregierung Rheinland-Pfalz

Maßnahmen des Landes Rheinland-Pfalz zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen

Der Landesregierung ist die Versorgung von belasteten und erkrankten Geflüchteten ein wichtiges Anliegen. Im Jahr 2015 luden MSAGD und MIFKJF zum Runden Tisch „Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen“ ein, um gemeinsam mit Vertreter*innen der Städte und Kommunen sowie den Vertreter*innen der Kammern der Gesundheitsberufe in den Austausch über die Versorgungssituation und Handlungsbedarfe zu treten. Bisher wurden vielfältige **Maßnahmen zur Versorgung** psychisch belasteter und erkrankter Geflüchteter von Seiten der Landesregierung ergriffen, darunter:

Auf der Grundlage eines entsprechenden Beschlusses des Ministerrats des Landes im August 2016 wurde im November 2016 zudem die **AG „Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz“** als ressortübergreifende AG unter Einbezug von Kooperationspartner*innen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems geründet. Mit den Partner*innen wurde ein Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz erarbeitet und ein Arbeitspapier mit geplanten Maßnahmen erstellt. In der ersten Jahreshälfte 2018 wird dieses Konzept dem Ministerrat vorgestellt und anschließend veröffentlicht werden.

Die **Psychosozialen Zentren**, die bei der Versorgung geflüchteter Menschen eine wichtige Rolle spielen, sowie die Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz werden durch das MFFJIV finanziell gefördert:

2015: 500.000 Euro
2016: 750.000 Euro
2017: über 1.000.000 Euro
2018: über 1.000.000 Euro

Neben der Förderung der Psychosozialen Zentren und der Koordinierungsstelle durch die Landesregierung Rheinland-Pfalz wurden und werden auf Landesebene weitere Maßnahmen und Projekte gefördert und initiiert. Seit 2018 werden so auch an allen Standorten der rheinland-pfälzischen Aufnahmeeinrichtungen niedrigschwellige psychosoziale Angebote gefördert. Integrations- und Gesundheitsministerium arbeiten unter Einbezug der vielen wichtigen Akteur*innen aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung zusammen.
Für das Jahr 2018 wird durch das MSAGD zudem die Förderung eines Projekts der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems geplant, in dessen Rahmen die Bildung und Erweiterung von **regionalen Netzwerken** zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten unterstützt wird.

Um die Lage von geflüchteten **Kindern und Jugendlichen** in den Blick zunehmen richteten MFFJIV und MSAGD am 14. Dezember 2016 den Fachtag „Psychosoziale Gesundheit bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen“ aus.

In den Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende des Landes fördert das MFFJIV **niedrigschwellige Angebote**, die u.a. psychotherapeutische Beratung beinhalten. Diese Angebote wurden ab Mitte 2017 an den Standorten in Trier, Ingelheim und Speyer unterstützt und im Jahr 2018 ist eine Finanzierung i.H. von bis zu 30.000 Euro an allen 5 Standorten der Aufnahmeeinrichtungen des Landes beabsichtigt.

Um die angemessene Versorgung von **schutzbedürftigen Personen** unter den Geflüchteten zu verbessern und Fachkräfte zu unterstützen, die mit schutzbedürftigen Personen arbeiten, wurde durch das MFFJIV im Juni 2016 das „Konzept zum Gewaltschutz und zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen in Einrichtungen der Erstaufnahme in Rheinland-Pfalz“ veröffentlicht. Fortlaufend finden bedarfsorientierte themenspezifische Schulungen sowie Supervisionsangebote für Mitarbeiter*innen in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende statt.

Das MSAGD bietet allen Kommunen Unterstützung und Beratung bei der Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte** (e-GK) für Asylsuchende im Bezug von Leistungen nach dem AsylbLG. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung wurde am 2. Februar 2016 von den gesetzlichen Krankenkassen und dem MSAGD unterzeichnet. Die Kommunen Trier, Kusel und Mainz haben die e-GK bereits eingeführt und Positives dazu berichtet. Die Landesregierung ist davon überzeugt, dass die Einführung der e-GK für Asylsuchende keine Kostensteigerungen, sondern Einsparungen in der Verwaltung und auch bei den Leistungsausgaben mit sich bringen wird.

Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge – Das Psychosoziale Zentrum in Trier

Geschichte des Zentrums

Die Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge des Diakonischen Werkes des Evangelischen Kirchenkreises Trier und des Caritasverbandes Trier – heute Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge – Psychosoziales Zentrum Trier (ÖBF-PSZ) bietet seit 1993 Verfahrensberatung für Bewohner*innen der Erstaufnahme an. Aus der Beratungsarbeit heraus wurde der Bedarf an vertiefter psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung immer deutlicher. Im Jahre 2002 konnte für die Finanzierung für ein erweitertes Angebot der psychologischen Diagnostik, Therapie und Beratung für besonders schutzbedürftige, psychisch belastete und traumatisierte Geflüchtete durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) gesorgt werden. Die ÖBF –PSZ wird neben dem AMIF vor allem auch durch das Land Rheinland-Pfalz gefördert. Das Angebot der Psychotherapie und psychologischen Beratung hat sich auf Geflüchtete in der Stadt Trier und den umliegenden Landkreisen ausgedehnt. Seit dem Jahr 2015 und dem rapiden Anstieg der Flüchtlingszahlen fand nochmal eine Erweiterung des Teams auf nunmehr 13 Mitarbeiter*innen statt. Eine Zweigstelle konnte 2016 in der Engelstraße im Zentrum von Trier eröffnet werden.

Schwerpunkte der Arbeit

- Verfahrensberatung (Einzel und Gruppe)
- psychosoziale Beratung
- Dolmetschergestützte Einzeltherapie/ Traumatherapie
- Psychologische Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- Krisenintervention in der Erstaufnahmeeinrichtung Trier
- Clearinggespräche nach Anmeldung zur Abklärung psychotherapeutischer und psychosozialer Bedarfe
- Gruppentherapeutische Angebote und niedrigschwellige psychosoziale Gruppenangebote
- freizeitpädagogische Angebote

Besonderheit der ÖBF – PSZ Trier ist die Präsenz in den Räumlichkeiten der Erstaufnahmeeinrichtung in der Dasbachstraße in Trier. Dadurch können Verfahrensberatung, psychosoziale Beratung, Krisenintervention und niedrigschwellige Freizeit- und Gruppenangebote frühzeitig und direkt in der Unterkunft für neu ankommende Geflüchtete angeboten werden. Gleichzeitig bietet die ÖBF – PSZ Trier psychologische Diagnostik, Therapie und Beratung für besonders schutzbedürftige, psychisch belastete und traumatisierte Geflüchtete an, die bereits in die Kommunen verteilt sind. Dazu gehören auch das Erstellen von Stellungnahmen oder die Begleitung zu Anhörungs- oder Gerichtsterminen. Wegen der großen Rolle die die aufenthaltsrechtliche und die sozialrechtliche Lebenssituation auch für die psychischen Belastungen der Klient*innen spielen, hat sich die Zusammenarbeit mit den anliegenden Migrationsfach-, Sozialdiensten und Verfahrensberater*innen als wichtig erwiesen, ebenso wie die Vernetzung mit Behörden wie dem BAMF, den Ausländerbehörden, den Sozialämtern oder dem Jobcenter.

Kurzsteckbrief

Gründung	**1993**
Team (Ende 2017)	13 Mitarbeiter*innen, darunter Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Sozialwissenschaftler*innen und eine Verwaltungsfachkraft.
Einzugsgebiet	Trier, Erstaufnahmeeinrichtung, ambulante Klient*innen aus den Landkreisen: Trier Stadt, Trier Land, Trier-Saarburg inkl. Erstaufnahmeeinrichtung Hermeskeil, Bernkastel-Wittlich, Bitburg-Prüm, Vulkaneinfel-Kreis, Teile d. Rhein-Hunsrück-Kreises
Zweigstellen	Zweigstelle in der Engelstraße 13 in Trier und aufsuchende Arbeit durch Außensprechstunden im Rhein-Hunsrück-Kreis und in Bitburg.

Besonderes Projekt

Um eine größere Zahl von Menschen zu erreichen, Wartezeiten zu überbrücken aber auch um stabilisierende Potentiale von Gruppen zu nutzen, bietet die ÖBF-PSZ eine Reihe von niedrigschwelligen psychosozialen und psychotherapeutischen Gruppen an. So treffen sich im Rahmen der einmal wöchentlich stattfindenden Kunsttherapiegruppe Klient*innen aus verschiedensten Ländern. Die Arbeit mit den unterschiedlichen Materialien eröffnet eine Ausdrucksform, die sprachungebunden ist und eine neue Möglichkeit zur Verarbeitung des Erlebten bietet. Zudem fördert die Teilnahme die Erfahrung, dass aktives Handeln eine Pause im problemorientierten Alltag aus Unsicherheit, psychischer Belastung und Langeweile bietet. Die Klient*innen erfahren Selbstwirksamkeit – sie stellen etwas her, tun etwas für sich und sind selbst in der Lage, etwas zu tun.

Spezielle Angebote

Welches Angebot	Ziel des Angebots?	Frequenz?
Teestube in der EAE Dasbachstraße	Begegnungscafé in der EAE: Ehrenamtliche Teestuben-Mitarbeiter*innen sind Ansprechpartner*innen für: Alltagsprobleme, Erste Hilfe beim Übersetzen, Trier und das Leben in Trier, Vermittlung zu den Angeboten der ÖBF/PSZ	Mo-So
Körperorientierte Angebote Yogagruppe für Frauen Taiji gruppe für Männer HipHop – Gruppe, Fußballgruppe in der EAE	Förderung von Entspannung, Bewegung, Körperbalance, gemeinsame Aktivität, körperliche Aktivierung	1/Woche
Psychoedukationsgruppe zum Thema Traumatisierung	Aufklärung über Traumasymptome Raum für Thematisierung von Traumafolgen Austausch zu hilfreichen Umgangsweisen	Blöcke von 12 Sitzungen, 1/ Woche
Kreativtherapeutische Angebote: Kunstgruppe in der EAE Kreativgruppe für Geflüchtete in den Kommunen	Kreative Entfaltung, kreative Bearbeitung von Belastungen, Gestaltung von positiven	1/Woche
Entspannungsgruppe PMR in der EAE	Erlernen von Entspannungsstrategien	1/Woche
Frauengruppe in der EAE	Gemeinsame Aktivität, kreative Angebote, Basteln, Nähen	1/Woche

Aus dem PSZ Trier

Besondere Schutzbedürftigkeit, die nicht unmittelbar ins Auge sticht und die wie im Falle von Traumafolgestörungen geduldig und aufwendig diagnostiziert werden muss, findet im Asylverfahren bei Dublin oder „sicheren Herkunftsländern“ oder bei der Beurteilung der so genannten Reisefähigkeit nur noch in Ausnahmefällen Berücksichtigung. Dies wird in besonderer Weise in der psychosozialen Beratung und Krisenintervention in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Trier oder Hermeskeil spürbar. Krisenhafte Zuspitzungen häufen sich, langfristig stabilisierende oder gar therapeutische Arbeit ist kaum mehr möglich.

Ein Früherkennungsverfahren für besonders schutzbedürftige Asylsuchende, wie es die EU-Aufnahmerichtlinie 2012/33/EU eigentlich vorsieht, besteht in der Aufnahmeeinrichtung nicht. Inwieweit ein geplantes Modellprojekt zur Einrichtung eines Screening-Verfahrens für besondere Schutzbedürftigkeit dem Abhilfe schaffen wird, bleibt abzuwarten. Die bestehenden Angebote in der EAE zur Krankenversorgung und einem Screening von Medeus und der Krankenstation sind angesichts der Bedarfe personell, räumlich und fachlich nicht hinreichend ausgestattet. Aus Sicht der ÖBF-PSZ sollte das Früherkennungsverfahren auch regelhaften und verpflichtenden Charakter haben, damit es tatsächlich wirksam ist.

*In der Region fehlen ferner dringend Dolmetscherdienste mit geschulten und angemessen vergüteten Dolmetscher*innen, auf die Kliniken, niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zurückgreifen können. Das Fehlen entsprechender Strukturen macht sich u.a. im Umgang mit Krisensituationen bemerkbar. Ein positives Beispiel für die Entwicklung auch dolmetschergestützter stationärer und teilstationärer Angebote für Geflüchtete ist das Marienhaus Klinikum Eifel in Bitburg und Gerolstein.*

„In Terra“ – Das Psychosoziale Zentrum in Mayen

Geschichte des Zentrums

Aufgrund fehlender spezialisierter Beratungs- und Behandlungsangebote für traumatisierte Flüchtlinge führten Verbände und Initiativen aus der Flüchtlingsarbeit in Rheinland-Pfalz im Jahr 2000 eine landesweite Tagung zum Thema „Traumatisierte Flüchtlinge“ durch. Anschließend konzipierte der Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V., Geschäftsstelle Mayen im Rahmen einer EU-Förderrichtlinie das Projekt „In Terra- Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen im ländlichen Raum“, welches im Jahr 2001 mit einem Sozialpädagogen und zwei Psychologinnen startete. In der Folge wurde das Projekt weiter gefördert und 2005 zur Psychosozialen Fachstelle für Flüchtlinge. Seit 2010 besteht die projektgeförderte Einrichtung als „In Terra- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PSZ)“.

Schwerpunkte der Arbeit

- Asyl- und aufenthaltsrechtliche Beratung
- Psychosoziale Beratung
- Diagnostik und Therapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
- Psychologische Stellungnahmen
- Sozialpädagogische Gruppenarbeit für Flüchtlingskinder (z. B. Ferienerholungsmaßnahmen, Interkulturelle Hip-Hop-Werkstatt, Kunsttherapiegruppen an Schulen)
- Fachliche Begleitung von ehrenamtlichen Initiativen (Willkommenspat*innen, Mentor*innen)
- Schulungs- und Fortbildungsangebote für Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitssystem
- Interkulturelle Öffnung (Tagungen, Fortbildungen, Supervision Vorträge für Multiplikator*innen)

Besonderes Projekt

Zum PSZ gehört die landesweit tätige und vom Land Rheinland-Pfalz geförderte Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Aufgaben sind die Initiierung und Durchführung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Akteur*innen des regulären Gesundheitssystems, d.h. v.a. für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Behandlung von psychisch kranken Geflüchteten. Hinzu kommen die Schulung von Sprach- und Kulturmittler*innen und die Vernetzung der spezialisierten Behandlungs- und Beratungseinrichtungen der Regelversorgung.

Kurzsteckbrief

Gründung	**2001**
Team (Ende 2017)	Beratung und Therapie im PSZ 3 Sozialarbeiter*innen 4 Psycholog*innen (mit unterschiedlichen Zusatzbildungen) 1 Kunsttherapeut*in, 1 Tanztrainer*in und 123 Sprach- und Kulturmittler*innen Koordinierungsstelle: 2 Psycholog*innen, 1 Pädagog*in, 1 weitere Projektmitarbeiter*in
Einzugsgebiet	Asylberatung und Psychosoziale Beratung: Stadt Mayen, Verbandgemeinde Vordereifel, Maifeld, Mendig Therapie: Landkreis Mayen-Koblenz, Landkreis Ahrweiler, Landkreis Cochem-Zell, Stadt Koblenz, Rhein-Lahn-Kreis
Zweigstellen	Andernach, Ahrweiler

Spezielle Angebote

Welches Angebot?	Ziel des Angebots?	Frequenz?
Therapeutische Spielgruppe für Kinder von 6-13 Jahre	Schutzraumangebot, Stabilisierende und psychoedukative Unterstützung	14-tägig
HipHop-Gruppe für Kinder und Jugendliche	Stabilisierung und Interessenunterstützung	Projektblöcke von à 12 Trainings à 2 Stunden
Kunsttherapiegruppen an Schulen	Schutzraumangebot am Ort Schule, Vernetzung vor Ort	Wöchentlich à zwei Stunden
Ferienerholung für Kinder	Erholung und Stabilisierung	8-10-tägig in den Sommerferien

Das Psychosoziale Zentrum in Altenkirchen

Geschichte des Zentrums

Das heutige Psychosoziale Zentrum ist aus den Erfahrungen der Kolleg*innen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2003 entstanden als das Thema Trauma im Asylverfahren eine weniger starke Rolle in Medien und Öffentlichkeit gespielt hat. Die Beobachtungen der Kolleg*innen, dass die besondere Situation von Betroffenen sowohl im Asylverfahren als auch in der Gesundheitsversorgung kaum Berücksichtigung fand, führte zunächst zur Gründung der AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz. In dieser AG arbeiteten die Kolleg*innen von drei Standorten zusammen, in denen entsprechende Projekte zur Versorgung traumatisierter und psychisch belasteter Geflüchteter entstanden. In Altenkirchen wurde das Projekt „Phoenix“ mithilfe von Mitteln des europäischen Flüchtlingsfonds gegründet und damit eine Psychotherapeutin (60%-Stelle) und 1,5 Stellen für Verfahrens- uns psychosoziale Beratung finanziert. Später wurde dies auf eine jeweils volle Stelle für Psychotherapie und für psychosoziale Beratung ausgeweitet. In den letzten fünf Jahren waren die personelle Zusammensetzung und die Finanzierung immer wieder Schwankungen ausgesetzt, da neben den kircheneigenen Mitteln hauptsächlich die Förderung über den Europäischen Flüchtlingsfond möglich war, was häufig zu prekären Situationen geführt hat. Mittlerweile beteiligt sich das Land Rheinland-Pfalz an den Kosten, so dass die finanzielle Situation sich stabilisiert hat. Es arbeiten zurzeit 3 Psychotherapeutinnen mit jeweils 0,5-0,75 Stellen, sowie drei Verfahrensberaterinnen/psychosoziale Beraterinnen verteilt auf 2,25 Stellen im Zentrum.

Schwerpunkte der Arbeit

Schwerpunkt bei der Arbeit besteht in der therapeutischen Versorgung von Asylsuchenden und Menschen mit Aufenthaltstiteln aufgrund ihrer Erkrankung. Immer wieder war es notwendig für Asyl- und Gerichtsverfahren diagnostisch zu arbeiten und Stellungnahmen zu verfassen. Die enge Zusammenarbeit im Team von Psychotherapie und Verfahrens-, bzw. psychosozialer Beratung hat sich als sinnvoll herausgestellt, so dass diese bis heute beibehalten wurde. Gerade zu Beginn war ein weiterer Schwerpunkt die Durchführung von psychoedukativen Gruppenangeboten – zumeist für Frauen. Dieses Angebot wird zurzeit wieder aufgebaut. Da das Psychosoziale Zentrum sich in einer sehr ländlichen Region befindet, ist eine der Schwierigkeiten die Erreichbarkeit. Die Wege sind oft sehr weit und öffentlicher Nahverkehr ist kaum vorhanden oder sehr teuer. Deswegen wird versucht, so dezentral wie möglich zu arbeiten. Es konnten zwei feste Standorte, sowie Sprechstunden an verschiedenen Orten, um die Erreichbarkeit des Angebots zu erleichtern, etabliert werden. Gerade im letzten Jahr wird diese Arbeit durch einen weiteren Schwerpunkt der Fort- und Weiterbildung zu den Themen psychosoziale Situation und Trauma von Ehrenamtlichen aber auch Hauptamtlichen in anderen sozialen Arbeitsfeldern, die mit Geflüchteten befasst sind, ergänzt. Zurzeit ist ein Trauerort im Entstehen, der vom PSZ in der Planungsphase begleitet wird und in Zukunft für die therapeutische Arbeit im PSZ genutzt wird.

Besonderes Projekt

Die Bedingungen des ländlichen Raumes mit schwacher Infrastruktur stellen die Mitarbeiter*innen immer wieder vor logistische Herausforderungen. So sind, aufgrund des verhältnismäßig schwach entwickelten ÖPNVs, die Bedingungen für die Konzeption von Gruppenangeboten, der Akquise von Sprachmittler*innen, der Planung von Veranstaltungen besonders schlecht, womit sich die Arbeit im PSZ Altenkirchen signifikant von städtischen Zusammenhängen unterscheidet. Um ein standort- und zielgruppengenaues Angebot zu entwickeln, müssen Bedarfe immer wieder neu analysiert werden. Es werden wechselnde angepasste Gruppenangebote an verschiedenen, anstatt laufenden Angebote an einem Standort, angeboten, um möglichst die Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Das Projekt „Umfeldarbeit“ im so genannten Oberkreis, Schwerpunkt Region Daaden

Seit August 2016 ist dem PSZ Altenkirchen das Projekt „Umfeldarbeit“ zugeordnet mit einer Mitarbeiterin (0,5 Stellen). Zentraler Schwerpunkt ist die sozialräumliche und gemeinwohlorientiere Arbeit mit dem Schwerpunkt Flüchtlingshilfe und dem Hauptziel, hier lebende Flüchtlinge in der Region zu integrieren und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Wichtige Bausteine hierfür sind die Unterstützung von Ehrenamtlichen in der Flüchtlingshilfe, die Sensibilisierung der Bevölkerung zu den Themen Flucht und Migration, das Schaffen von Begegnungsräumen für Flüchtlinge und Ursprungs-Bevölkerung sowie Netzwerkarbeit.

Kurzsteckbrief

Gründung	**2003**
Team (Ende 2017)	3 Psychotherapeut*innen 3 Verfahrensberater*innen
Einzugsgebiet	Landkreis Altenkirchen, Landkreis Neuwied und Westerwaldkreis
Zweigstellen	Kirchen, Daaden, Neuwied, Westerburg

Spezielle Angebote

Welches Angebot	Ziel des Angebots?	Frequenz?
Kunsttherapeutisches Angebot für Frauen	Schutzraum und Ausdrucksmöglichkeit für Frauen	
Kurzintervention in Unterkünften	Psychoedukative Elemente, Prophylaxe, niedrigschwelliges Angebot	Durchführung je nach Zusammensetzung in Unterkünften, standort- & bedarfsabhängig; zuletzt Anfang des Jahres
Tanztherapeutisches Angebot	Schutzraum und Ausdrucksmöglichkeit für Frauen, psychoedukative Anteile	Mehrere Samstage (je 4x)

Aus dem PSZ Altenkirchen

Das Sozialticket muss kommen und der ÖPNV ausgebaut werden.

Das Psychosoziale Zentrum in Mainz

Geschichte des Zentrums

Gleich nach der Gründung im Spätsommer 2015 setzte eine hohe Nachfrage ein, was angesichts des großen Einzugsbereichs zu erwarten war. Die ersten Monate waren zudem durch Vernetzungsaktivitäten und die Konturierung der unterschiedlichen Arbeitsbereiche geprägt. Im Juli 2016 konnte durch die Förderung der Aktion Mensch eine Außenstelle in Bingen gegründet werden, die mittlerweile auch vom Kreis Mainz-Bingen gefördert wird.

Das PSZ ist Teil des Beratungs- und Jugendhilfezentrums St. Nikolaus mit vielfältigen Beratungs-, Unterstützungs- und Therapieangeboten. Durch die interne Vernetzung entstehen viele Synergien. Darüber hinaus bestehen enge Kooperationsbeziehungen zu anderen Caritasdiensten, die sich mit einer Vielzahl von Angeboten an Geflüchtete richten. Zur Überwindung von sprachlichen und kulturellen Barrieren wurde ein Sprachmittler*innen-Pool aufgebaut, der auch von anderen Caritas-Diensten genutzt werden kann.

Schwerpunkte der Arbeit

Psychotherapie (Einzeltherapie, eingesetzte Methoden: Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Familientherapie, Körperorientierte Verfahren, Sandspieltherapie , Kunsttherapie, Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kindertherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Jugendliche, Narrative Expositionstherapie, Somatic Experiencing, Imaginative Verfahren, Schmerztherapie, Entspannungsverfahren, Psychoedukation)

- Therapeutische Gruppen (Psychoedukation, Entspannung, Kunsttherapie, Tanzen, neu in 2018: Gruppe Somatic Experience für Kinder)
- Psychosoziale Beratung
- Schulung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen der Flüchtlingshilfe
- Öffnung des Regelsystems
- Verfahrensberatung
- Mitarbeit in Arbeitskreisen und Gremien

Besondere Projekte

Zwei Projekte am Standort Mainz richten sich an spezifische Zielgruppen:

unbegleitete minderjährige Geflüchtete, die in Einrichtungen der Jugendhilfe leben (in Kooperation mit der Stadt Mainz und Trägern stationärer Jugendhilfe)

kleine Kinder (0-6 Jahre), die mit ihren Familien in Unterkünften leben (in Kooperation mit Stiftung Juvente und DRK)

Kurzsteckbrief

Gründung	2015
Team (Ende 2017)	3 Psychologische Psychotherapeut*innen 3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen 2 (Sozial) Pädagog*innen 1 Ethnologin Leitung und Verwaltungskraft
Einzugsgebiet	Mainz, Worms, Landkreise Mainz-Bingen, Alzey-Worms, Bad Kreuznach, Teile des Rhein-Hunsrück-Kreises (Rheinschiene bis Boppard)
Zweigstellen	Enge Vernetzung mit der Erziehungsberatungsstelle, Jugendberufshilfe und anderen Angeboten im Beratungs- und Jugendhilfezentrum St. Nikolaus (Mainz und Bingen)

Spezielle Angebote

Welches Angebot	Ziel des Angebots	Frequenz
Psychoedukationsgruppe mit Sprachmittler*innen	Ziel ist die Erleichterung im Umgang mit dem Trauma und die Stabilisierung der Betroffenen. Gemeinsam mit den Klient*innen werden Inhalte erarbeitet, die ihnen dabei helfen, ihre Symptome besser zu verstehen und dadurch bedingte Herausforderungen zukünftig besser zu meistern. Inhaltlich geht es dabei um Verbesserung des Schlafs, Förderung eigener Ressourcen, Umgang mit Gefühlen wie Wut, Angst, Trauer, Hilfe bei Flashbacks und vieles mehr.	2x jährlich à 10 Einheiten (2,5 Stunden)
Spezielles Angebot für Sprachmittler*innen (durchgeführt von der Sprachmittlerkoordinatorin)	Qualitätsentwicklung im Bereich „Therapie/Beratung zu Dritt“, Schulungen zu unterschiedlichen Themen (u.a. Intervision, Supervision, Psychohygiene, Trauma…)	Etwa alle 8 Wochen (2-3 Stunden)
Kunsttherapiegruppe mit Sprachmittler*innen	In der Gruppe werden mithilfe der Kunsttherapie Wege zugänglich gemacht, wieder zu Kräften zu kommen, wieder Zugang zu den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu bekommen und das eigene Leben wieder mehr selbst in die Hand zu nehmen.	8 Einheiten à 1,5 Stunden
Tanzgruppe für Kinder	Unser Angebot für Kinder und Jugendliche im Alter von 6-16 Jahren, soll die Möglichkeit bieten, den eigenen Körper wieder als etwas Positives wahrzunehmen und dadurch innere Stärke zu entwickeln. Schritt für Schritt können, unabhängig von Sprache, eigene Ausdrucksformen entwickelt werden, die positive Auswirkungen auf persönliche als auch soziale Ressourcen haben können.	Fortlaufend dienstags von 16:15-18:15 Uhr

Aus dem PSZ Mainz

Wir brauchen bzw. wünschen uns…

- *einen gesicherten Zugang zum Regelsystem (auch zu anderen Fachärzt*innen) für alle geflüchteten Menschen*
- *eine gesicherte und nachhaltige Finanzierung der PSZs*
- *Kooperationspartner*innen (niedergelassene Therapeut*innen, Kliniken), die mit uns gemeinsam das Leid der Klient*innen lindern.*

Das Psychosoziale Zentrum in Ludwigshafen

Geschichte des Zentrums

Im Sommer 2015 nahm das Psychosoziale Zentrum Pfalz (PSZ Pfalz) in Ludwigshafen seine Arbeit mit besonders schutzbedürftigen und traumatisierten Flüchtlingen auf. Das Einzugsgebiet hat sich seit Gründung des Psychosozialen Zentrums in Kaiserslautern verkleinert. Der Donnersbergkreis wird von dem Psychosozialen Zentrum in Mainz mitversorgt. Seit der Eröffnung steht das Team des Psychosozialen Zentrum Pfalz den Klient*innen durch dolmetschergestützte psychosoziale Beratung, Verfahrensberatung und Therapie sowie durch die zahlreichen gutachterlichen Stellungnahmen zur Seite. Das Diakonische Werk Pfalz ist der Träger und einer der finanziellen Unterstützer des neuen Zentrums. Daneben gibt es Mittel des Landes Rheinland-Pfalz, Zuschüsse durch die protestantische Landeskirche der Pfalz sowie Spenden seitens der Industrie. Bei der (trauma-) therapeutischen und transkulturellen Arbeit mit Geflüchteten greift das Zentrum auf die Unterstützung von Sprach- und Kulturmittler*innen unterschiedlicher Sprachen und einem in Ludwigshafen bereits etablierten Dolmetscher-Pool zurück. Das Team setzt sich zusammen aus 1,5 Stellen Diplom-Psychologin, 0,75 Stellen Theologin und Traumapädagogin und 0,25 Stellen Diplom-Sozialarbeiterin. Derzeit arbeitet das Zentrum mit 2,5 Stellen. Zusätzliche Unterstützung erhält das PSZ Pfalz durch eine Verwaltungskraft in Teilzeit, sowie einen ehrenamtlich tätigen Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie.

Schwerpunkte der Arbeit

- Psychosoziale Beratung
- Ärztlich-psychologische Stellungnahmen
- Asyl- und Verfahrensberatung
- Gruppenangebote
- Fortbildungsangebote für Ehrenamtliche

Das Psychosoziale Zentrum Pfalz bietet modularisierte Fortbildungen für Ehrenamtliche zum Thema Trauma und Flucht an. Durch die enge Kooperation mit den andren Zentren findet sowohl ein inhaltlicher und fachlicher Austausch, als auch ein regelmäßiges gemeinsames Fortbildungsangebot für Dolmetscher*innen und das Personal der Zentren statt. Vernetzung sowie enge Zusammenarbeit findet auch vor Ort mit ambulanten und stationären Einrichtungen statt, an die das Zentrum Klient*innen weitervermittelt. Das PSZ-Pfalz ist auch Ansprechpartner für die in der Pfalz tätigen Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, die sich als „Runder Tisch: Psychotherapie für Flüchtlinge“ in der Pfalz zusammengeschlossen haben. Zu den regelmäßigen Beratungs- und Therapieangeboten, Gutachtengesprächen und externen Schulungen bietet das Zentrum wöchentlich eine Telefonsprechstunde an und gibt dadurch neuen Klient*innen einen Raum, ihr Anliegen zu erläutern.

Besonderes Projekt

- „Ruhe finden- Stressbewältigung für männliche Flüchtlinge“, das vor allem nonverbal arbeitet.
- Eine Gruppe für Farsi sprechende weibliche Teilnehmerinnen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Ziel ist die Beruhigung, Entspannung und Stabilisierung der Projektteilnehmerinnen.

Die Gruppenangebote werden, teilweise in veränderter Form, auch im Jahr 2018 fortgeführt.

Im Rahmen eines von der Landesregierung geförderten Projektes „Therapie zu dritt“, unterstützen das Zentrum drei ehrenamtlich tätige Psychologische Psychotherapeut*innen im Ruhestand mit psychotherapeutischen Angeboten.

Für das Jahr 2018 ist eine enge Kooperation mit dem Maudacher Therapiezentrum für Kinder und Jugendliche einer Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie geplant.

Kurzsteckbrief

Gründung	**2015**
Team (Ende 2017)	1,0 Psychologischer Psychotherapeut 0,75 Theologin und Traumapädagogin 0,5 Diplom-Psychologin 0,25 Diplom-Sozialarbeiterin 30 Std. Verwaltung
Einzugsgebiet	Städte Ludwigshafen, Frankenthal, Speyer, Neustadt, Landau, Rhein-Pfalz-Kreis, Landkreis Germersheim, Südliche Weinstraße, Stadt und Landkreis Bad Dürkheim.
Zweigstellen	Germersheim, Kandel, geplant Speyer

Spezielle Angebote

Welches Angebot	Ziel des Angebots?	Frequenz?
Gestalttherapeutisches Gruppenangebot für farsi und dari sprechende Frauen	Schutzraum schaffen für belastete/geflüchtete Frauen	1/ wöchentlich (3 Stunden)
Nonverbales Stressbewältigungstraining für Männer	Schutzraum schaffen für belastete/geflüchtete Männer	1/ wöchentlich (1 Stunde)
Mehrere niederschwellige Gruppenangebote für Frauen und Männer in der AfA Speyer	Schutzraum schaffen für belastete/geflüchtete Frauen und Männer	1/wöchentlich (3 – 5 Stunden)

Aus dem PSZ Ludwigshafen

Größter Wunsch und Herausforderung ist die Anpassung der räumlichen Situation an die Personalsituation sowie die Ergänzung der Gruppenangebote durch psychoedukative Gruppen.

Positiv ist unsere monatlich stattfindende externe Supervision, die uns sehr in unserer Team- und Organisationsentwicklung voranbringt.

Das Psychosoziale Zentrum in Kaiserslautern

Geschichte des Zentrums

Das PSZ Westpfalz mit Sitz in Kaiserslautern wurde im September 2017[15] gegründet. Träger ist der DRK Kreisverband Kaiserslautern Stadt e.V. Im Dezember 2017 wurde für die Zweigstelle Kusel aufgrund der Bedarfslage ein Psychosozialer Beratungsdienst beantragt. An einem Tag ist für die Einzel- und Gruppentherapie von Pirmasenser Klient*innen eine Komm-Struktur geschaffen worden.

Schwerpunkte der Arbeit

- Psychotherapie (Einzeltherapie), Traumatherapie, Hypnotherapie, Krisenintervention, Stabilisierung
- Therapeutische Gruppen (Psychoedukation, Entspannung, Kunsttherapie)
- Regelmäßiges Coaching von Lehrkräften, Sozialarbeiter*innen im Umgang mit Flüchtlingskindern, bei Bedarf: Therapieangebote
- Sozialberatung durch die Sozialarbeiterin
- Schulung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen der Flüchtlingshilfe: Vorträge zum Thema „Trauma"' und im Rahmen der Früherkennung über „Störungsbilder".
- Schnittstellenmanagement und Netzwerkarbeit.

Besondere Projekte

- Monatliches gemeinsames Kochen, Backen sowie maltherapeutische Angebote mit den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen aus der Notunterkunft.
- Frauengruppe als Angebot in der GU Post in Zusammenarbeit der Ehrenamtskoordinatorin, der Leiterin der GU Post und des PSZ. Die einzelnen Treffen sind sowohl themen- als auch ereignisorientiert geplant.
- Geplant ist eine abendliche themenzentrierte Gruppentherapie in der Teestube der AFA Kusel z. B. zu „Was kann ich tun, wenn ich nachts nicht schlafen kann?"

Kurzsteckbrief

Gründung	**01.09.2017**
Team	Psychologin, Sozialarbeiterin, Honorarkraft
Einzugsgebiet	Kaiserslautern Stadt und Landkreis, Kreis Kusel, Landkreis Südwestpfalz, Donnersbergkreis, Zweibrücken und Pirmasens
Zweigstellen	AFA Kusel: Psychosozialer Dienst

15 Das Psychosoziale Zentrum in Kaiserslautern ist das jüngste der Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und daher nicht in die Datenerhebung eingegangen, auf der die Ergebnisse im empirischen Teil dieses Berichts basieren.

Spezielle Angebote

Welches Angebot	Ziel des Angebots?	Frequenz?
Gruppentherapie (Entspannungsübungen, Hypnotherapeutische Übungen, Skills)	Entspannung, Anleitung zur Emotionsregulation, Erarbeitung und Einübung von Skills, Psychoedukation.	Wöchentlich
Tägliches Abendritual mit umF in der Notunterkunft	Kontaktaufbau zu den Jugendlichen, psychische Stabilisierung, Früherkennung psychischer Störungen.	Montag bis Donnerstag, täglich , abends
Gemeinsames Backen, Kochen oder Malen mit umF	Vertiefung des Kontakts, Förderung der Lebensfreude.	Monatliche Aktionen, die sich am Jahresrhythmus und Interesse der Jugendlichen orientieren.

Aus dem PSZ Kaiserslautern

Was im PSZ Westpfalz bedeutsam und richtungsweisend ist: Neben dem äußeren Raum, den die Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte bieten, schafft das PSZ einen durch Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (Variablen des humanistischen Menschenbild von Rogers) kreierten Raum, in welchem Flüchtlinge heilsame Begegnung erleben können und ehren- und hauptamtliche Kolleginnen und Kollegen Rückhalt für ihr Engagement finden.

Klient*innen in den Psychosozialen Zentren

Insgesamt waren in den 5 Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016 Versorgungsangebote für fast **1.500 Klient*innen** verfügbar. Die Anzahl der betreuten Klient*innen unterscheidet sich je nach Größe und Kapazitäten der Psychosozialen Zentren, sodass die kleineren Zentren etwa 173 Klient*innen pro Jahr betreuen konnten, während die größeren bis zu 363 Klient*innen in den unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungssettings begleitet haben.

Ein „durchschnittliches Zentrum“ in Rheinland-Pfalz konnte im Jahr 2016 etwa 300 Personen beraten und behandeln, in einem „typischen Zentrum“ wurden etwa 340 Klient*innen betreut (siehe Infokasten rechts).

Im Bundesvergleich waren die Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz 2016 mit im Schnitt 298 Klient*innen kleiner als ein durchschnittliches Zentrum, das im Bundesdurchschnitt etwa 573 Klient*innen betreut. Die Zentren in Rheinland-Pfalz liegen (wie auch bundesweit viele Zentren außerhalb der Großstädte) – im Bundesvergleich etwa auf Ebene des 1. Quartils. Da zwei der fünf Zentren in Rheinland-Pfalz 2016 jedoch noch relativ jung waren, könnte sich dieses Verhältnis für 2017 deutlich verändern.

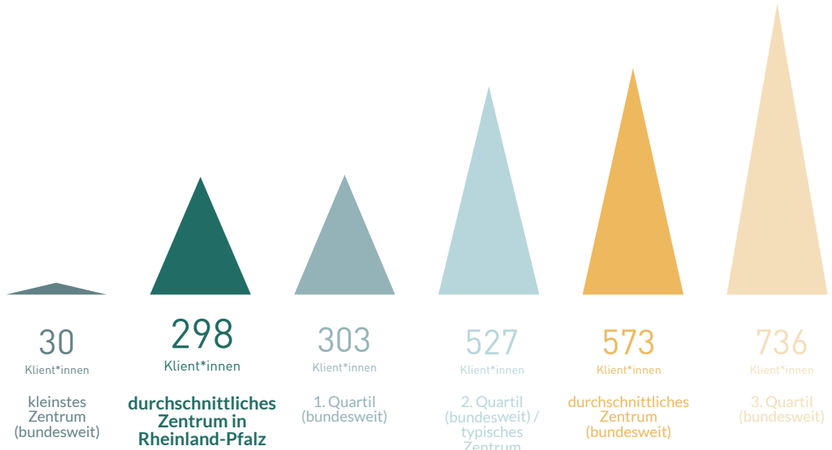


Abb. 11: Vergleich der PSZ (n=5) in Rheinland-Pfalz mit dem Bundesgebiet (n=32)

Klient*innen in den einzelnen Versorgungsbereichen der PSZ

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum in Rheinland-Pfalz mit insgesamt 298 Klient*innen versorgt etwa 219 Personen im Beratungssetting, 68 Geflüchtete in der Psychotherapie und 57 über weitere multimodale Angebote wie z. B. kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bzw. bildungs- und freizeitorientierte niedrigschwellige Gruppenformate. Nur etwa 16 Klient*innen werden im Durchschnitt ausschließlich psychotherapeutisch versorgt.

Das Kernangebot der Psychosozialen Zentren ist also typischerweise das Beratungssetting, das je nach Bedarf und Problemsituation der Klient*innen sowohl zu psychosozialen, als auch zu sozial- und asylrechtlichen Fragestellungen sowie Integrationsangeboten Hilfestellung bietet. Fast ¾ aller Klient*innen in Rheinland-Pfalz (73 %) sind an die Beratungsangebote der Zentren angebunden. Etwa ein Viertel der Klient*innen (23 %) sind in Behandlung bei einem*einer Psychotherapeut*in – typischerweise zusätzlich zur Beratung. Der Anteil der Klient*innen, der ausschließlich eine*n Psychotherapeut*in sieht und keinerlei soziale oder rechtliche Beratung benötigt, liegt ähnlich wie im Bundesdurchschnitt auch in Rheinland-Pfalz bei nur 5 %.

Hier spiegelt sich wider, wie wichtig angesichts der komplexen Bedarfe traumatisierter Geflüchteter eine multiprofessionelle Begleitung in einem vielfältig zusammengesetzten Team ist. Die psychosoziale Begleitung und Behandlung von komplex traumatisierten Menschen stellt alle Berufsgruppen vor enorme Herausforderungen: sowohl aufgrund der meist extremen und häufig unvorstellbaren Gewalt in den Biographien ihrer Klient*innen als auch durch die in der Regel anhaltende auch äußere Unsicherheit aufgrund der prekären rechtlichen und sozialen Situation. Die meisten Klient*innen in den Zentren leben unter Bedingungen, die Heilungsprozesse zusätzlich erschweren, teilweise sogar (re)traumatisierend wirken können – wie etwa die Lebensbedingungen in den überfüllten Gemeinschaftsunterkünften oder ein über Jahre hinweg unsicherer Aufenthalt verbunden mit der Angst in ein Land zurückkehren zu müssen, aus dem man vor Gewalt und Verfolgung geflohen ist.

„Durchschnittliches“ vs. „typisches“ Psychosoziales Zentrum

In diesem Bericht wird häufig ein „durchschnittliches“ Psychosoziales Zentrum einem „typischen“ psychosozialen Zentrum gegenübergestellt und es zeigen sich dabei oft Unterschiede in den Kennwerten für die Anzahl der betreuten Klient*innen, der beschäftigten Mitarbeiter*innen oder auch der finanziellen Ressourcen für die jeweiligen statistischen Kennwerte.

Von einem „Durchschnittszentrum“ wird gesprochen, wenn Aussagen aufgrund der Mittelwerte ($\bar{x}$) über alle befragten Zentren gemacht werden, von einem „typischen“ Zentrum, wenn der Median ($\tilde{X}$) zugrunde gelegt wurde.

Beim **Mittelwert ($\bar{x}$)** werden alle Werte addiert und die Summe durch die Anzahl (n) der Beobachtungen (hier: oftmals Anzahl der Zentren) geteilt. Durchschnittswerte wie diese sind allerdings sehr empfindlich für Verzerrungen durch Extremwerte. In diesem Bericht wurde daher für viele Kennzahlen zusätzlich zum oder statt des Mittelwerts ($\bar{x}$) der Median ($\tilde{X}$) angegeben.

Der **Median ($\tilde{X}$)** ist der Wert, der in einer Auflistung von Werten, die nach Größe sortiert wurden, genau in der Mitte steht – es befindet sich also genau die Hälfte aller Zentren unter dem Medianwert und genau die Hälfte darüber. Im Unterschied zum Mittelwert ist der Median dadurch robust gegenüber nur einzelnen, aber extrem abweichenden Werten (Ausreißern). Er ist daher in vielen Bereichen aufschlussreicher, um die Situation in einem „typischen Psychosozialen Zentrum“ ($\tilde{X}$) darzustellen und unterscheidet sich oft von den Werten für ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum“ ($\bar{x}$).

Zusätzlich zu den Angeboten im Beratungs- und Therapiesetting haben 2016 einige der Zentren Telefon- und auch Not- bzw. Krisensprechstunden aufgebaut, um der enormen Nachfrage nach Unterstützung zeitnah nachkommen zu können. Diese Formate sind initiiert worden, um trotz ausgeschöpfter Kapazitäten kurzfristig Hilfe anbieten zu können. Die Sprechstunden werden in dieser Form jedoch nicht mehr in allen Einrichtungen weitergeführt. In den Sprechstunden hat sich gezeigt, dass nahezu alle Geflüchtete, die über diesen Weg Hilfe im PSZ suchten, längerfristige Behandlung oder Beratung benötigten. Nur sehr selten konnte bereits über einen einmaligen Sprechstundenkontakt entlastet werden. Für eine kontinuierliche Anbindung an die PSZ standen jedoch meist keine Kapazitäten zur Verfügung, so dass Sprechstunden-Klient*innen in der Regel – wie andere angemeldete Klient*innen auch – auf die Wartelisten der PSZ gesetzt werden mussten.

Klient*innen in Psychotherapie

Insgesamt befanden sich im Jahr 2016 in den 5 Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz 341 Klient*innen in psychotherapeutischer Behandlung. Von jedem der PSZ werden demnach im Schnitt etwa 68 Klient*innen therapeutisch behandelt. Die Spannweite hier ist hoch – der Anteil der Therapieklient*innen an der Gesamtzahl

	Klient*innen insgesamt 2016	Persönliche Beratung	Psychotherapie	multimodale Angebote	nur Psychotherapie
Σ	1.491	1.093	341	286	78
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	298	219	68	57	16
typisches Zentrum ($\tilde{X}$)	342	264	57	42	12
% an allen Klient*innen		73 %	23 %	19 %	5 %

*Die meisten Klient*innen nehmen mehrere Angeboten wahr, daher ergeben die prozentualen Anteile nicht 100%.*

Tabelle 16: Klient*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ (n=5) im Jahr 2016

Der Großteil der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren benötigt eine Sprachmittlung, um die Angebote der Beratung und Therapie wahrnehmen zu können. In einem durchschnittlichen Zentrum beträgt der Anteil der Klient*innen, bei denen mit Dolmetschenden zusammengearbeitet wird, 87%.

„Als Sprachmittlerin erfahre ich hautnah, was die Menschen erlebt haben. Da helfe ich gerne. Viele haben dem Tod ins Auge geblickt."

Rima Swash

der Klient*innen variiert über die Zentren hinweg zwischen 9 und 49 %.

Setting und Behandlungsdauer

Der Großteil der Psychotherapie-Klient*innen, d.h. mehr als zwei Drittel (71 %) wird im einzeltherapeutischen Setting betreut. 27 % der Geflüchteten in Psychotherapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Angebote war. Einen sehr geringen Anteil von nur 2 % machen diejenigen Klient*innen aus, die sowohl im einzel- als auch im gruppenpsychotherapeutischen Setting behandelt werden.

Eine Psychotherapie in den Zentren dauert im Durchschnitt 21 Sitzungen. Insgesamt befinden sich 69 % der Psychotherapie-Klient*innen eines Zentrums in Kurzzeittherapie (<25 Sitzungen), 27 % erhalten eine Langzeittherapie (< 50 Sitzungen) und etwa 4 % müssen länger als 50 Sitzungen betreut werden.

Kontextfaktoren in ihrem Einfluss auf Dauer und Setting der Therapie

Psychotherapien mit geflüchteten Klient*innen sind nicht nur in ihren Inhalten, sondern auch im Setting und der Behandlungsdauer stark von den Lebensbedingungen abhängig, mit denen Geflüchtete in Deutschland konfrontiert sind. Zum Teil werden Psychotherapien mit Geflüchteten daher auch nicht allein auf Grundlage einer fachlichen Indikation beendet, d.h. weil eine Besserung der Symptomatik erreicht wurde, sondern weil sich die Lebensumstände der Klient*innen – v.a. ihr Aufenthaltsstatus oder auch ihr Wohnort – über die Zeit ändern.

Psychotherapien müssen manchmal aufgrund von Umverteilungen oder auch Abschiebungen unterbrochen oder gänzlich abgebrochen werden. Umgekehrt hat der Erhalt eines sicheren Aufenthaltsstatus ebenfalls Auswirkungen auf die Therapiedauer. Manche Klient*innen können sich über das Erreichen äußerer Sicherheit deutlich stabilisieren und seelische Belastungen treten zunächst in den Hintergrund. Andere Klient*innen wiederum verlassen ihren bisherigen Wohnort, wenn ihr Aufenthalt gesichert ist und sie sich frei in der Bundesrepublik bewegen dürfen: Sie ziehen dorthin, wo ihre Communities sind oder sie andere für sie wichtige Strukturen vorfinden.

Insbesondere im ländlichen Raum, wenn Klient*innen lange Fahrtwege bis zum Psychosozialen Zentrum zurücklegen müssen *(Vgl. Kapitel „Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten"),* werden die durchschnittlich 21 Therapiestunden in den Psychosozialen Zentren manchmal auch über einen längeren Zeitraum „gestreckt", d. h. nicht in wöchentlicher, sondern mit niedrigerer (z. B. nur 14-tägiger) Frequenz durchgeführt, sodass Klient*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden können.

	nur Einzeltherapie	nur Gruppentherapie	Einzel- und Gruppentherapie
x̄	71 %	27 %	2 %
X̃	83 %	13 %	0 %
Min	33 %	0 %	0 %
Max	100 %	65 %	5 %

Tabelle 17: Klient*innen in verschiedenen Psychotherapie-Settings in den PSZ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016.

	Klient*innen in Kurzzeittherapie (< 25 Sitzungen)	Klient*innen in Langzeittherapie (< 50 Sitzungen)	Klient*innen in Langzeitbetreuung (> 50 Sitzungen)	Ø Anzahl Therapiesitzungen insgesamt
x̄	69 %	27 %	4 %	21
X̃	78 %	22 %	0 %	20
Min	25 %	0 %	0 %	14
Max	100 %	75 %	20 %	30

Tabelle 18: Klient*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in den PSZ in Rheinland-Pfalz und durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen im Jahr 2016

Kinder und Jugendliche in den Psychosozialen Zentren

Auch für geflüchtete Kinder und Jugendliche gibt es spezielle Angebote in den Psychosozialen Zentren. Neben explizit psychotherapeutischen Angeboten bieten die PSZ auch Familientherapie sowie kreativ-, spiel- und bewegungsorientierte Leistungen an: Kunst- und Tanzgruppen, Sandspieltherapien oder Hip-Hop-Gruppen und Fußball-Angebote. Diese Angebote bieten den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, den eigenen Körper als etwas Positives wahrnehmen zu können, Schritt für Schritt unabhängig von der Sprache eigene Ausdrucksformen zu entwickeln und so persönliche wie auch soziale Ressourcen (wieder)entdecken zu können.

Insgesamt konnten in Rheinland-Pfalz im Jahresverlauf 112 Minderjährige behandelt und beraten werden. Etwa zwei Drittel (67 %) dieser Kinder und Jugendlichen sind ohne ihre Eltern als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) nach Deutschland geflohen.

„Den Teddy in die Ecke"

Siri ist mittlerweile 6 Jahre alt. Sie leidet unter heftigen Trennungs- und Verlustängsten in behandlungsbedürftigem Ausmaß. Nachts schläft sie nur im Bett der Mutter und wacht trotz der Nähe immer wieder, von heftigen Alpträumen geplagt, auf. Schon die leisesten Geräusche lassen sie aufschrecken. Oft ist sie aufgrund des Schlafmangels übermüdet. Wenn sie ein Martinshorn hört oder uniformierte Polizisten sieht, gerät sie in Panik. Im Kindergarten wirkt sie häufig verloren und traurig. Am liebsten bleibt sie in der Nähe ihrer Mutter oder in der Wohnung.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Susanne Rausch erzählt:

„In der Therapie stellt sie mit Hilfe der Kuscheltiere dar, wie diese „zur Strafe" in weitentfernte Winkel des Raumes verbannt werden, wo sie verzweifelt die Stunde verbringen müssen, bis sie wieder zurückgeholt und umsorgt werden."

Mit Hilfe der Therapie im PSZ hat Siri gute Chancen, dass ihre seelischen Wunden heilen können. Darauf vertrauen ihre Eltern, ihre Geschwister und die Erzieher*innen im Kindergarten. Dann kann sie die Sprache im Kindergarten leichter erlernen und im nächsten Jahr erfolgreich in die Schule starten."

	Klient*innen insgesamt 2016	Kinder und Jugendliche ingesamt	UmF
Σ	1.491	112	75
Ø pro Zentrum (x̄)	298	22	15
typisches Zentrum (X̃)	342	23	9
% an allen Klient*innen		8 %	5 %
% Median an allen		7 %	3 %

Tabelle 19: Gesamtzahl, durchschnittliche und typische Anzahl minderjähriger Klient*innen in den PSZ im Jahr 2016.

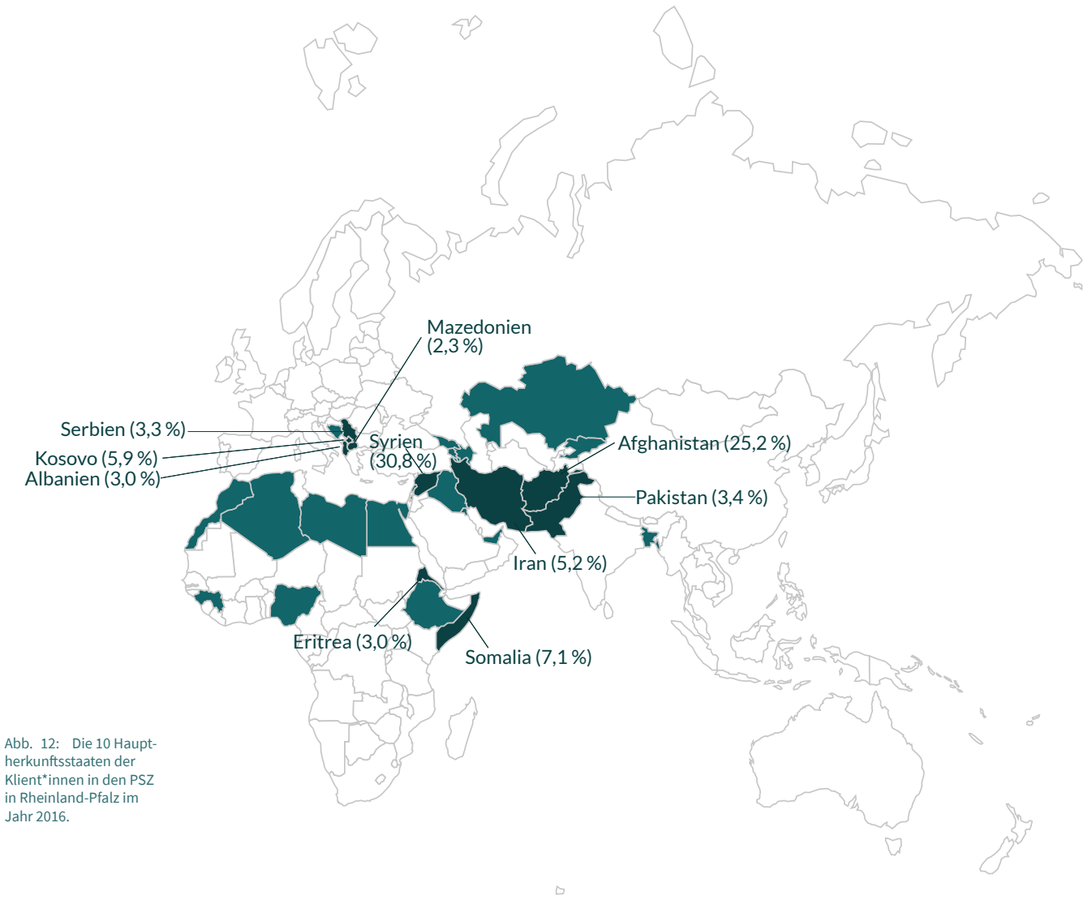


Abb. 12: Die 10 Hauptherkunftsstaaten der Klient*innen in den PSZ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016.

Der im Vergleich zur Anzahl der erwachsenen Klient*innen verhältnismäßig geringe Anteil an Kindern und Jugendlichen in den Psychosozialen Zentren wird sich in der kommenden Zeit möglicherweise erhöhen, da in einigen Zentren erst im Jahr 2017 auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen eingestellt werden konnten.

Die Nachfrage in diesem Bereich war bereits 2016 sehr hoch: In den Zentren gingen zahlreiche Anfragen von Akteur*innen aus Schulen, Kindertagesstätten und Jugendhilfeeinrichtungen ein, die versuchten psychisch belastete Geflüchtete aus ihrem Umfeld in den Psychosozialen Zentren anzubinden. Bislang konnten die PSZ nur einem kleinen Teil dieser Anfragen auch mit einem Angebot nachgehen.

Der Fall von Siri (siehe Kasten „„Den Teddy in die Ecke““ auf Seite 59) zeigt, welche Belastungssymptome von traumatischen Erfahrungen bei Kindern auftreten können und welcher Bedarf auch bei dieser Altersgruppe besteht. Die 6-Jährige ist zur therapeutischen Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum in Rheinland-Pfalz angebunden.

Herkunftsländer der Klient*innen

Die Klient*innen der Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz kommen aus 30 verschiedenen Herkunftsstaaten. Die größten Klient*innen-Gruppen bildeten im Jahr 2016 syrische (31 %) und afghanische Geflüchtete (25 %), gefolgt von Menschen, die aus Somalia (7 %), dem Kosovo (6 %), dem Iran (5 %), Pakistan, Serbien, Albanien, Eritrea und Mazedonien fliehen mussten.

Damit unterscheiden sich die Herkunftsländer der Klient*innen in den rheinland-pfälzischen Zentren leicht von den Zahlen, die das BAMF für die Herkunft der Asylsuchenden 2016 in Gesamtdeutschland herausgibt. Asylsuchende aus Somalia oder dem Kosovo sind in der Statistik des BAMF nicht (mehr) unter den 10 Hauptherkunftsländern, für den Irak hingegen gibt das BAMF einen Anteil von 13 % an, während dieser in den PSZ bei lediglich 1,5 % liegt.

Verantwortlich für diese Unterschiede sind mehrere Faktoren: Zum einen bestehen regionale Unterschiede in der Verteilung von Asylsuchenden abhängig von ihrem Herkunftsland. Nicht alle Herkunftsländer werden in jeder Außenstelle des BAMF bearbeitet. Es gilt eine sogenannte Herkunftsländerzuständigkeit. Für die Außenstellen in Rheinland-Pfalz beispielsweise fehlte 2016 die Zuständigkeit für Asylanträge aus dem Irak (Vgl. EASY-HKL-Liste mit Stand vom 11.02.2016), was die geringe Anzahl irakischer Klient*innen auch in den PSZ erklärt. Hinzu kommt die oft lange Zeit, über die viele schwer belastete Klient*innen in den Psychosozialen Zentren begleitet werden müssen. Die Hauptherkunftsländer der BAMF-Statistiken spiegeln eine Momentaufnahme der Asylsuchenden für das Jahr 2016 wider - viele Klient*innen in den PSZ sind jedoch bereits lange zuvor eingereist und benötigen längerfristige Unterstützung. Auch die Wartezeiten in den PSZ sind hier von Bedeutung. Und nicht zuletzt suchen einige Klient*innen nicht direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland, sondern erst nach einer gewissen Zeit des Ankommens Hilfe in einem PSZ.

Klient*innen aus „sicheren Herkunftsländern“

Sichtbar wird in den Daten zu den Herkunftsländern der Klient*innen auch, dass im Durchschnitt 18% der Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren aus „sicheren Herkunftsländern“ kamen.

In Deutschland gelten derzeit folgende Länder als sichere Herkunftsstaaten:

- die Mitgliedstaaten der Europäischen Union,
- Albanien,
- Bosnien und Herzegowina,
- Ghana,
- Kosovo,
- Mazedonien,
- Montenegro,
- Senegal,
- Serbien.

Die Regelung der „sicheren Herkunftsländer“ besteht seit 1993. In den Jahren 2014 und 2015 wurden die Westbalkanstaaten in die Liste aufgenommen. Damit hat der Bundestag für diese Staaten festgelegt, „dass dort generell keine staatliche Verfolgung zu befürchten ist und dass der jeweilige Staat grundsätzlich vor nichtstaatlicher Verfolgung schützen kann“ (BAMF, 2016).

Asylanträge von Menschen, die aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten geflohen sind, werden in einem beschleunigten Verfahren geprüft und üblicherweise als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt – obwohl die Lage in ihren Herkunftsländern oft längst nicht so stabil ist, wie es vom Konzept der sicheren Herkunftsländer angenommen wird. So sind ein großer Teil der Asylsuchenden aus Serbien, Mazedonien und dem Kosovo Roma, die europaweit Marginalisierung, Verfolgung und systematischer Diskriminierung ausgesetzt sind (Christoph et al., 2016).

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Anerkennungsquoten, die sich für Geflüchtete aus den Westbalkanländern in anderen europäischen Ländern ergeben. Während z. B. die Anerkennungsquote für Asylsuchende aus dem Kosovo in Deutschland 2015 bei nur 0,5% lag, wurden in Großbritannien 9,9% und in Frankreich sogar 14,8% der Asylsuchenden aus dem Kosovo anerkannt (Eurostat, 2016 zitiert nach Christoph et al., 2016).

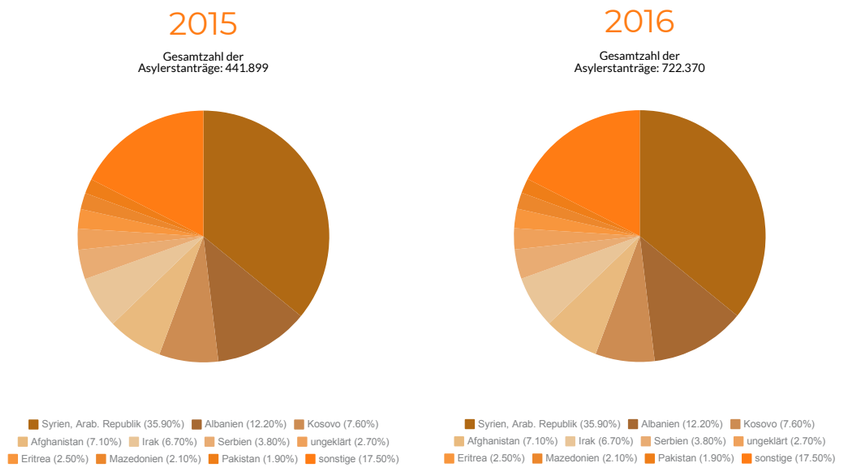


Abb. 13: Die bundesweit zehn zugangsstärksten Herkunftsländer der Jahre 2015 und 2016 (Quelle: BAMF, eigene Bearbeitung)

Klient*innen, die aus „sicheren Herkunftsstaaten“ geflohen sind, leiden unter der ständigen Angst, unter Zwang in Länder zurückgeschickt zu werden, in denen ihnen wiederholt Gewalt und Ausgrenzung droht und sie keinerlei Lebensgrundlage haben. Aber auch hier in Deutschland werden sie durch die Regelungen der Asylpakete I und II in die Isolation gedrängt. Asylsuchende aus „sicheren Herkunftsstaaten“ müssen über die gesamte Dauer ihres Asylverfahrens in der zuständigen Aufnahmeeinrichtung wohnen. Wenn ihr Antrag als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt wird, dann sogar bis zum Zeitpunkt ihrer Ausreise. Sie dürfen nicht arbeiten und das in ihrer Aufenthaltsgestattung festgelegte Gebiet nicht ohne Erlaubnis verlassen (BAMF, 2016).

Zur rechtlichen Situation der Klient*innen in den PSZ

Zwischen 40 und 85 % der Klient*innen in den Zentren befinden sich noch im Asylverfahren – im Durchschnitt macht diese Klient*innen-Gruppe mit 68% über zwei Drittel der Gesamtzahl aus. Nicht alle dieser Klient*innen verfügen jedoch bereits über eine Aufenthaltsgestattung – in einigen Zentren haben 60 % der angegebenen Klient*innen in dieser Kategorie nach wie vor noch keinen Asylantrag gestellt, verfügen also lediglich über eine BÜMA[16] bzw. einen Ankunftsnachweis.

Der sehr hohe Anteil an Asylsuchenden im Vergleich zu anerkannten Flüchtlingen zeigt sich in den Psychosozialen Zentren so nicht nur in Rheinland-Pfalz, sondern über das gesamte Bundesgebiet hinweg. Er spiegelt die lange Dauer der Asylverfahren (einschließlich der Registrierung) in den letzten Jahren wider und macht zugleich sehr deutlich, wie hoch die Relevanz des Themas „Unsicherheit“ für das Beratungs- und Behandlungssetting ist.

Für im Durchschnitt 16 % der Klient*innen, in einigen Zentren bis zu einem Drittel der Klient*innen, löst sich diese Unsicherheit auch nach Abschluss des Asylverfahrens nicht auf: Sie erhalten nur eine Duldung und bleiben damit in andauernder Sorge um ihre Zukunft.

Ebenfalls 16 % der Klient*innen wurden bereits durch das Bundesamt als asylberechtigt anerkannt bzw. verfügen bereits über eine Aufenthaltserlaubnis.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass die große Mehrheit der Klient*innen in den PSZ sich mit 84 % aller Klient*innen in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit befindet. Damit unterscheidet sich die Situation der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren deutlich von der Situation, in der sich Geflüchtete im letzten Jahr insgesamt in Deutschland befanden. Während sich laut der Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) am Ende des Jahres 2016 etwa die Hälfte der Geflüchteten in Deutschland (zumindest für einige Zeit) in relativer Sicherheit befand (Hohlfeld, 2017), beträgt dieser Anteil bei den Klient*innen der PSZ in Rheinland-Pfalz lediglich 16 %.

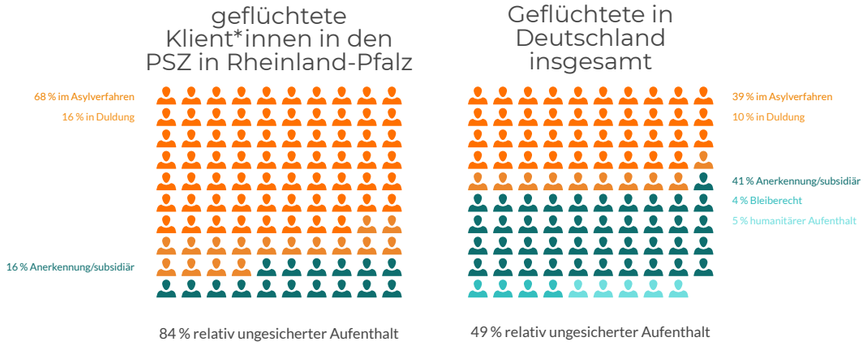


Abb. 14: Quelle: IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge, Angaben des AZR. Dr. Thomas Hohlfeld, Referent für Migration und Integration, Fraktion DIE LINKE. im Bundestag, 227-51122, 9.3.2017. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u.a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388

	Aufenthaltsgestattung	Duldung	Anerkennung/ Aufenthaltserlaubnis
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	68,4 %	15,8 %	15,8 %
typisches Zentrum ($\tilde{X}$)	70 %	15 %	10 %
Min	40 %	5 %	3 %
Max	85 %	32 %	45 %
	84,2 % aufenthaltsrechtlich relativ unsicher		**15,8 % aufenthaltsrechtlich relativ sicher**

Tabelle 20: Zur rechtlichen Situation der Klient*innen in den PSZ

16 Nach ihrer Registrierung als Asylsuchende erhalten Geflüchtete einen Ankunftsnachweis bzw. erhielten bis vor kurzem eine BÜMA („Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchender“).

Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren

Im Jahr 2016 wurden 967 Klient*innen neu in die Behandlungs- und Betreuungsangebote der Zentren in Rheinland-Pfalz aufgenommen, das sind etwa 10% der Neuaufnahmen bundesweit. Damit wurden fast zwei Drittel aller Klient*innen, die 2016 Hilfe in den Psychosozialen Zentren bekamen 2016 neu aufgenommen (65 %).

Ein durchschnittliches Zentrum in Rheinland-Pfalz hat 2016 etwa 193 Klient*innen neu aufgenommen. Der Anteil der Neuaufnahmen in den Zentren ist im Vergleich zum Jahr 2015 enorm angestiegen (+169 %). Im Jahr 2015 waren die Zentren in Mainz und Ludwigshafen noch im Aufbau, was die niedrigeren Zahlen in diesem Jahr erklären kann. Doch sowohl bei den erst in den letzten Jahren gegründeten PSZ als auch bei denjenigen Einrichtungen, die bereits seit langem bestehen, ist ein deutlicher Anstieg der Neuaufnahmen zu verzeichnen.

Auch die Gesamtzahl aller in Rheinland-Pfalz betreuten Klient*innen hat sich 2016 fast verdreifacht. Während ein durchschnittliches Zentrum im Jahr 2015 etwa 100 Klient*innen pro Jahr begleiten konnte, waren es im Jahr 2016 bereits fast 300.

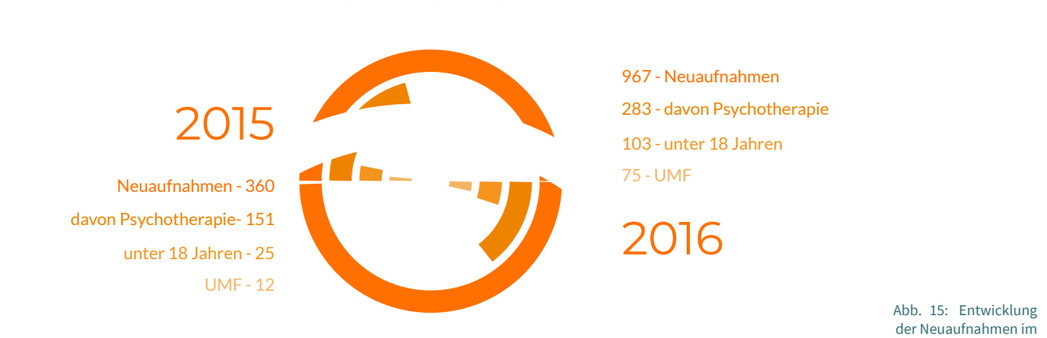


Abb. 15: Entwicklung der Neuaufnahmen im Jahresvergleich 2015/16

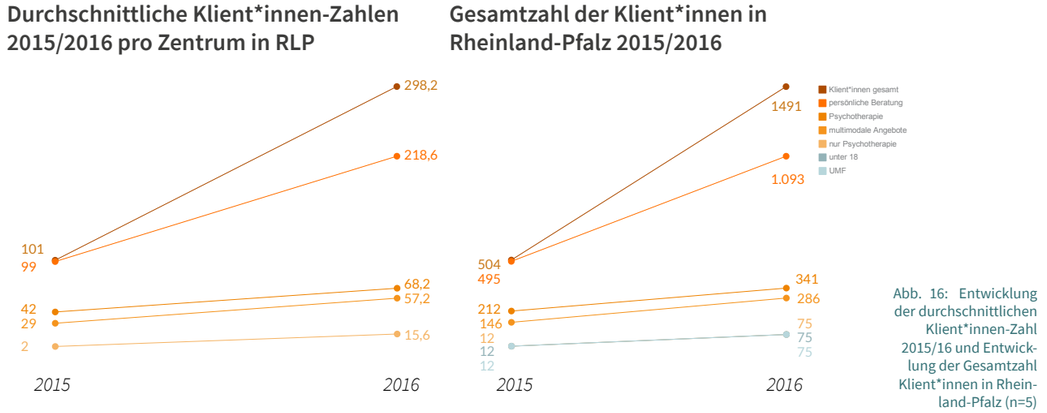


Abb. 16: Entwicklung der durchschnittlichen Klient*innen-Zahl 2015/16 und Entwicklung der Gesamtzahl Klient*innen in Rheinland-Pfalz (n=5)

Mitarbeitende in den Psychosozialen Zentren

Die 1.491 Klient*innen in den 5 Psychosozialen Zentren werden durch insgesamt 34 fest angestellte Mitarbeiter*innen versorgt. Diese 34 hauptamtlichen Mitarbeitenden teilen sich insgesamt 21,75 Vollzeitstellen-Äquivalente (VZÄ). Sie sind also in der Regel nur in Teilzeit – mit im Durchschnitt 63 % der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit – angestellt.

Pro Zentrum arbeiten im Einzelnen zwischen 5 und 9 Mitarbeitende – ein Durchschnittszentrum in Rheinland-Pfalz beschäftigt 7 Mitarbeitende. Im Durchschnitt teilt sich dieses 7-köpfige Team 4 Vollzeitstellen – im kleinsten Zentrum allerdings stehen insgesamt nur 2,5 Vollzeitstellen für alle Mitarbeitenden zur Verfügung.

	hauptamtliche Mitarbeiter*innen	Stellenanteile insgesamt (VZÄ)	Ø Wochenarbeitszeit pro Mitarbeiter*in
Σ	34	21,75	
Ø pro Zentrum (x̄)	**6,8**	**4,4**	**24,5 h/ Woche**
typisches Zentrum (X̃)	7	4	24,4 h/ Woche
Min	5	2,5	19,5 h/ Woche
Max	9	6,75	29,3 h/ Woche

Tabelle 21: Mitarbeitende in den PSZ in Rheinland-Pfalz 2016

	Ø pro Zentrum	Σ (n=5)	% an allen Mitarbeitenden
Psychotherapeutische Versorgung			
Psychologische Psychotherapeut*innen	0,8	4	
Psycholog. Psychoth. in Ausbildung (PIA)	1,8	9	
Kinder-/Jugendl.Psychotherapeut*innen	0,2	1	
Ärztl. Psychotherapeut*nnen	0,2	1	
Systemische Therapeut*innen	0,2	1	
Gestalt-, Gesprächs und weitere Psychotherapeut*innen	1	4	
alle Psychotherapeut*innen	4,2	20	59%
(Psycho-)Soziale und asylrechtliche Beratung			
(Sozial-)Pädagog*innen/-arbeiter*innen	2,2	11	
Psycholog*innen	0	0	
Jurist*innen	0	0	
Sonstige MA in der Beratung	0,2	1	
alle Mitarbeiter*innen i.d. Beratung	2,4	12	35%
Administration und Verwaltung			
Verwaltungsmitarbeiter*innen	0,4	2	6%
Mitarbeiter*innen gesamt	**X̄ = 7**	**Σ = 34**	

Tabelle 22: Mitarbeiter*innen der PSZ nach Berufsgruppen 2016

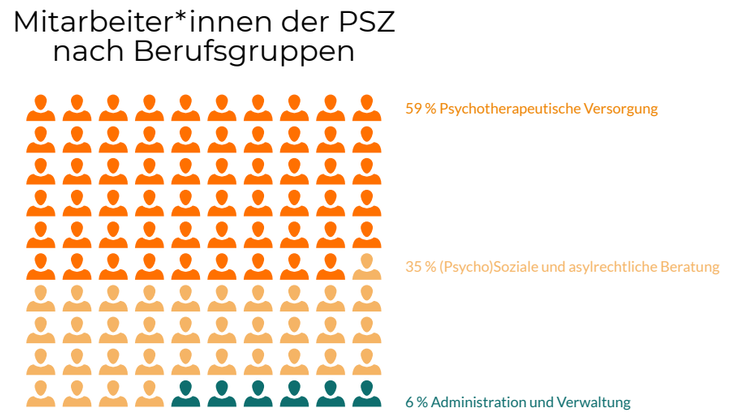


Abb. 17: Mitarbeiter*innen der PSZ in Rheinland-Pfalz nach Berufsgruppen

Arbeitsbereiche der Mitarbeiter*innen

Entsprechend des komplexen Leistungsspektrums setzen sich auch die Teams der PSZs interdisziplinär zusammen. Insgesamt haben 59 % der Mitarbeitenden einen psychotherapeutischen Hintergrund und 35 % eine Qualifikation im Bereich der Sozialen Arbeit bzw. der Beratung. Das heißt, in einem durchschnittlichen Zentrum arbeiten 4 Psychotherapeut*innen und 2 Sozialarbeiter*innen. Sie werden durch Verwaltungskräfte in ihrer Arbeit unterstützt, wobei der Großteil der Mitarbeitenden im administrativen Bereich nur mit sehr wenigen Stunden oder lediglich auf geringfügiger Basis beschäftigt ist.

Freie Mitarbeiter*innen in den PSZ

Zusätzlich arbeiten mit den PSZ in Rheinland-Pfalz insgesamt fast 200 freie Mitarbeiter*innen auf Honorarbasis zusammen, der größte Teil (83% der freien Mitarbeitenden) im Bereich der Sprachmittlung. Aber auch insgesamt 20 Psychotherapeut*innen und 10 Körper-/Kreativ- oder Tanztherapeut*innen sind auf Honorarbasis mit einigen Stunden pro Woche in den Zentren engagiert.

Im Durchschnitt sind freie Mitarbeiter*innen mit wöchentlich 4 Stunden für ein Psychosoziales Zentrum tätig.

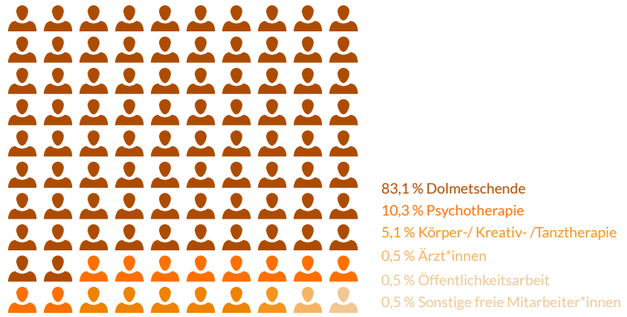


Abb. 18: Freie Mitarbeiter*innen in den Psychosozialen Zentren

	%	Σ	Ø pro Zentrum (x̄)	typisches Zentrum (X̃)	Min	Max
Dolmetschende	**83%**	**162**	**32,4**	**34**	16	50
Psychotherapie	**10%**	**20**	**4**	**4**	0	11
Körper-/Kreativ-/ Tanztherapie	**5%**	**10**	**2**	**2**	1	3
Ärzt*innen	**1%**	**1**	**0,2**	**0**	0	1
Öffentlichkeitsarbeit	**1%**	**1**	**0,2**	**0**	0	1
Sonstige freie MA (Reinigungskraft)	**1%**	**1**	**0,2**	**0**	0	1
Summe freie MA		**195**	**39**	**48**	**19**	**53**

Tabelle 23: Freie Mitarbeiter*innen in den Psychosozialen Zentren

Psychotherapeut*innen in den PSZ

Über zwei Drittel der Psychotherapeut*innen, die in den PSZ angestellt sind (insgesamt 65 %), sind Psychologische Psychotherapeut*innen, davon 20 % mit bereits abgeschlossener und etwa 45 % in fortgeschrittener Weiterbildung (PiA). Darüber hinaus arbeiten in den 5 PSZ in Rheinland-Pfalz insgesamt ein*e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in, ein*e Ärztliche*r Psychotherapeut*in sowie ein*e Systemische Therapeut*in (jeweils 5%). Gestalt-, Gesprächs- und weitere Psychotherapeut*innen stellen 20 % der Psychotherapeut*innen in den PSZ.

Fünf der Psychotherapeut*innen in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz sind approbiert (d.h., insgesamt ein Viertel aller in den Zentren beschäftigten Therapeut*innen), darunter vier Verhaltenstherapeut*innen und ein*e Gesprächstherapeut*in.

Komplexität des Versorgungsauftrags

Grundsätzlich muss im Blick auf das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren betont werden, dass allein anhand der Beschäftigungsverhältnisse der Mitarbeiter*innen noch kein aussagekräftiges Bild davon gezeichnet werden kann, wie viele personelle Ressourcen letztlich für die Versorgung einer bestimmten Anzahl an Klient*innen verfügbar sind.

So sind beispielsweise Psychotherapeut*innen in den Zentren fast nie ausschließlich im klassischen psychotherapeutischen Setting tätig: Sie führen Clearings und Kriseninterventionen durch – oft auch bei Klient*innen, die nicht bzw. noch nicht in das therapeutische Behandlungsprogramm der Einrichtung aufgenommen worden sind. Sie investieren einen großen Teil ihrer Arbeitszeit in das Verfassen von Anträgen, Stellungnahmen bzw. Gutachten im aufenthaltsrechtlichen Verfahren, in die Kommunikation mit Anwält*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen oder Jugendhilfeeinrichtungen und nicht zuletzt in Administration und Fortbildungstätigkeiten für weitere Akteur*innen.

Grundsätzlich verstehen die Psychosozialen Zentren es über die direkte Arbeit mit Klient*innen hinaus als ihre Aufgabe, im Sinne ihrer Klient*innen in die Gesellschaft hineinzuwirken, also Beratung, Supervision und Fortbildungen für weitere Akteur*innen anzubieten und sich mit gezielter Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit in die Diskussion um Lebens- und Versorgungsbedingungen von Geflüchteten einzumischen.

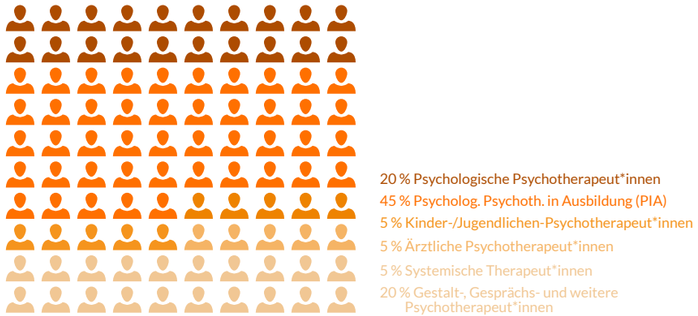


Abb. 19: Psychotherapeut*innen in den Psychosozialen Zentren

	Ø pro Zentrum	Σ (n=5)	% an Psychotherapeut*innen gesamt
Psychotherapeutische Versorgung			
Psychologische Psychotherapeut*innen	0,8	4	20%
Psycholog. Psychoth. in Ausbildung (PIA)	1,8	9	45%
Kinder-/Jugendl.Psychotherapeut*innen	0,2	1	5%
Ärztl. Psychotherapeut*nnen	0,2	1	5%
Systemische Therapeut*innen	0,2	1	5%
Gestalt-, Gesprächs und weitere Psychotherapeut*innen	1	4	20%
alle Psychotherapeut*innen	4,2	20	

Tabelle 24: Psychotherapeut*innen in den PSZ in Rheinland-Pfalz.

Ehrenamtliche Unterstützer*innen in den Psychosozialen Zentren

Auch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist in den Psychosozialen Zentren von Bedeutung. Insgesamt werden die fünf Zentren in Rheinland-Pfalz durch 65 ehrenamtliche Helfende unterstützt. Aber auch hier zeigt sich große Variation: Während einige Zentren keine ehrenamtlichen Unterstützer*innen haben, arbeiten andere Zentren mit 54 Freiwilligen zusammen. Ein typisches Zentrum arbeitet mit etwa 4 Ehrenamtlichen zusammen. Die wöchentliche Stundenzahl, mit der Ehrenamtliche die Zentren unterstützen, beträgt im Mittel 4 Stunden. Die Freiwilligen unterstützen geflüchtete Klient*innen zum Beispiel als Mentor*innen, begleiten sie im Alltag, bei Behördengängen, auf der Wohnungssuche – kurz: auf ihrem Weg in die neue Gesellschaft.

Kapazität der Psychosozialen Zentren

Die Anzahl der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz hat sich über die letzten Jahre hinweg deutlich erhöht. Dennoch kann nach wie vor keines der Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz der hohen Anzahl Hilfe suchender Klient*innen unmittelbar nachkommen. Alle fünf Zentren organisieren die Aufnahme von Klient*innen über ein Wartelistensystem. Vier von fünf Zentren nehmen in besonderen Krisenfällen z.T. auch außerhalb des geregelten Aufnahmesystems Klient*innen auf. Zwei der fünf Zentren haben aufgrund des hohen Bedarfs zusätzlich zur regulären Aufnahme von Klient*innen in das Behandlungs- und Betreuungsprogramm des Zentrums Notfall- bzw. Krisensprechstunden eingerichtet, die auch für Klient*innen offen sind, die (noch) keine Klient*innen des Zentrums sind.

Dennoch müssen in 80% der Zentren auch immer wieder Klient*innen ganz abgelehnt werden, können also weder direkt aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden. Eine der Einrichtungen berichtet darüber hinaus über Aufnahmestopps, in der über längere Zeit hinweg gar keine Klient*innen aufgenommen oder im Wartlistensystem notiert werden können. Auch wurde hier eine Warteliste mit begrenzter Aufnahmezahl eingeführt, um die Wartezeiten nicht ins Endlose steigen zu lassen und eine realistische Chance zu haben, relativ zeitnah eine Therapie anbieten zu können.

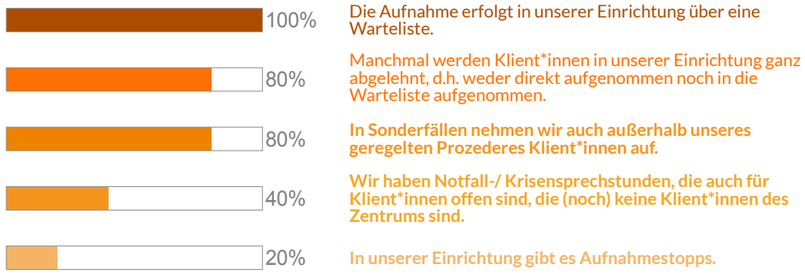


Abb. 20: Aufnahmesituation in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz

Klient*innen auf den Wartelisten der Zentren

Insgesamt standen in den 5 Psychosozialen Zentren während eines durchschnittlichen Monats 190 Geflüchtete auf den Wartelisten. Die Anzahl der Klient*innen auf der Warteliste eines Zentrums variiert. Während in einigen Zentren in einem durchschnittlichen Monat bis zu 50 Geflüchtete auf den Wartelisten stehen, sind es abhängig vom jeweiligen regionalen Aufnahmesystem in anderen Einrichtungen nur 15. Im Durchschnitt stehen jeden Monat 38 Geflüchtete auf der Warteliste eines Zentrums.

Nach der Kontaktaufnahme mit einem Psychosozialen Zentrum vergehen in der Regel mindestens 4, im Durchschnitt jedoch 6 Monate bis die betroffene Person einen Therapieplatz erhält. In einem der Zentren warten Klient*innen im Schnitt 8 Monate, bevor sie eine Psychotherapie beginnen können.

Grundsätzlich muss hier betont werden, dass die Länge der Wartelisten häufig aus ethischen Gründen begrenzt wird – sie stellt also keinen guten Indikator für den tatsächlichen Versorgungsbedarf dar. Darüber hinaus meldet sich die Mehrheit der Hilfe suchenden Geflüchteten nicht selbst als Klient*in in den Psychosozialen Zentren an.

In der Regel erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Zentrum durch Mitarbeiter*innen der Unterkünfte, durch Angehörige/ Bekannte, durch sonstige Akteur*innen (v.a. weitere Flüchtlingssozialberatungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen sowie Jugend-, Gesundheits- und Sozialämter) sowie durch Rechtsanwält*innen. Eher selten melden sich die Klient*innen selbst oder werden durch Kliniken, Hausärzt*innen oder Psychiater*innen vermittelt. Fast nie werden Klient*innen durch weitere Fachärzt*innen oder gar niedergelassene Psychotherapeut*innen angemeldet.

In Regionen, in denen die angespannte Aufnahmesituation der Zentren bereits bekannt ist, führt dies häufig dazu, dass entsprechende „Schlüsselpersonen“ wissen, dass nur noch diejenigen Klient*innen aufgenommen werden, die einen sehr hohen Leidensdruck haben. Alle Personen, die in irgendeiner Form durch andere Interventionen stabilisiert werden können, oder die als anerkannte Flüchtlinge bereits eine Versichertenkarte und damit theoretisch auch Zugang zum Regelsystem haben, werden häufig gar nicht mehr angemeldet, weil eine Aufnahme aussichtslos erscheint.

	Klient*innen auf der Warteliste	Ø Wartezeit auf Therapieplatz
Σ	190	
x̄	38	6 Monate
X̃	40	6 Monate
Min	15	4 Monate
Max	50	8 Monate

Tabelle 25: Anzahl der Klient*innen auf den Wartelisten der PSZ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016.

Ablehnung von Behandlungsanfragen und Aufnahmestopps

Jeden Monat mussten die 5 Zentren in Rheinland-Pfalz insgesamt etwa 150 Klient*innen gänzlich ablehnen: Im Schnitt musste ein PSZ etwa 28 Anfragen in den Beratungsangeboten, 19 für die Psychotherapie und 3 in sonstigen Angeboten ablehnen. Für ein durchschnittliches PSZ in Rheinland-Pfalz ergibt sich damit eine Ablehnungszahl von insgesamt etwa 50 Klient*innen pro Monat insgesamt.

Über das Jahr hinweg wurden in Rheinland-Pfalz von jedem der 5 Zentren im Schnitt über 350 Klient*innen gänzlich abgelehnt, davon etwa 134 Geflüchtete, die um einen Therapieplatz anfragten und 200, die eine Beratung in Anspruch nehmen wollten. Insgesamt konnten damit im Jahr 2016 über 1.700 Geflüchtete, die Hilfe in den Psychosozialen Zentren suchten, nicht versorgt werden.

Hier liegt eine überaus bedeutsame Entwicklung vor. Noch im Jahr 2015 waren die Ablehnungszahlen in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich sehr niedrig: Nur eines der 5 Zentren musste überhaupt regelmäßig Hilfe suchende Geflüchtete ablehnen, im Schnitt etwa 29 Personen pro Monat bzw. insgesamt ca. 350 Personen pro Jahr.

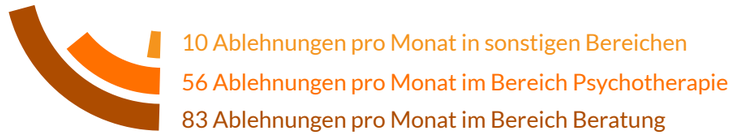


Abb. 21: Summe der Ablehnungen von Klient*innen pro Monat in allen 5 Zentren in Rheinland-Pfalz 2016

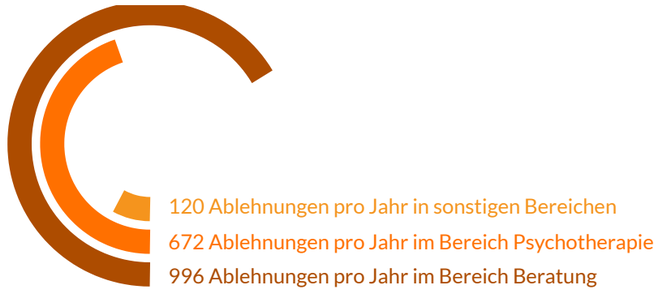


Abb. 22: Summe der Ablehnungen von Klient*innen pro Jahr in allen 5 Zentren in Rheinland-Pfalz 2016

	Ablehnungen pro Monat/ Psychotherapie	Ablehnungen pro Monat / Beratung	Ablehnungen pro Monat / Sonstiges	Summe Ablehnungen pro Monat
Σ	56	83	10	149
Ø pro Zentrum (x̄)	18,7	27,7	3,3	49,7
Min	0	0	0	
Max	40	80	5	

Tabelle 26: Ablehnungen pro Monat bei Beratung, Therapie und Sonstigem in den PSZ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016.

	Ablehnungen pro Jahr/ Psychotherapie	Ablehnungen pro Jahr/ Beratung	Ablehnungen pro Jahr/ Sonstiges	Summe Ablehnungen pro Jahr
Σ	672	996	120	1.788
Ø pro Zentrum (x̄)	134,4	199,2	24,0	357,6
Min	0	0	0	
Max	480	960	60	

Tabelle 27: Ablehnungen pro Jahr bei Beratung, Therapie und Sonstigem in den PSZ in Rheinland-Pfalz im Jahr 2016.

Vor allem im Bereich Psychotherapie konnte dem Bedarf hier nicht nachgekommen werden. Diese Situation scheint sich inzwischen stark verändert zu haben. Im Jahr 2016 entsprachen die Ablehnungszahlen eines durchschnittlichen Zentrums dem Bundesdurchschnitt bzw. lagen leicht darüber (+7 %). Die Ablehnungszahlen in den größeren Städten waren in Rheinland-Pfalz sogar deutlich höher als diejenigen eine Durchschnittszentrums.

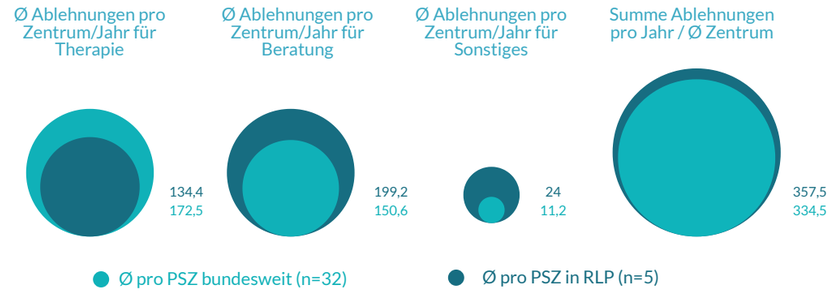


Abb. 23: Vergleich der jährlichen Ablehnungszahlen eines Ø PSZ in Rheinland-Pfalz mit denen eines Ø PSZ im gesamten Bundesgebiet

Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten

Im Durchschnitt beträgt das Einzugsgebiet eines Psychosozialen Zentrums in Rheinland-Pfalz etwa 110 Kilometer. Dabei kommen im Durchschnitt über die Hälfte der Klient*innen eines Zentrums aus der Region, in der auch das Psychosoziale Zentrum liegt oder müssen nur bis zu 25km Anfahrt auf sich nehmen. Im Schnitt etwas mehr als ein Fünftel der Klient*innen pro Zentrum legt jedoch schon einen Weg von bis zu 50km, etwa 14% der Klient*innen bereits einen Weg von über 50km zum Psychosozialen Zentrum zurück. Es gibt in den Zentren auch Klient*innen, die mehr als 100 km für ihre Behandlung fahren müssen – der Anteil dieser Gruppe liegt in Rheinland-Pfalz bei im Durchschnitt 4% pro Zentrum.

Diese Durchschnittszahlen sind für die Abschätzung der Erreichbarkeit von Angeboten in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz jedoch nicht hinreichend. Die infrastrukturellen Bedingungen vor allem im Personennahverkehr unterscheiden sich enorm in Abhängigkeit davon, ob Klient*innen nahe der größeren Städten Mainz, Ludwigshafen oder Trier untergebracht sind und auch dort angebunden werden können, oder ob sie in den Landkreisen leben. Die Inanspruchnahme der Angebote in den Zentren ist hier abhängig von oft nur wenige Male pro Tag verkehrenden Bussen. Klient*innen sind so oft regelmäßig bis zu zwei Stunden zum PSZ unterwegs.

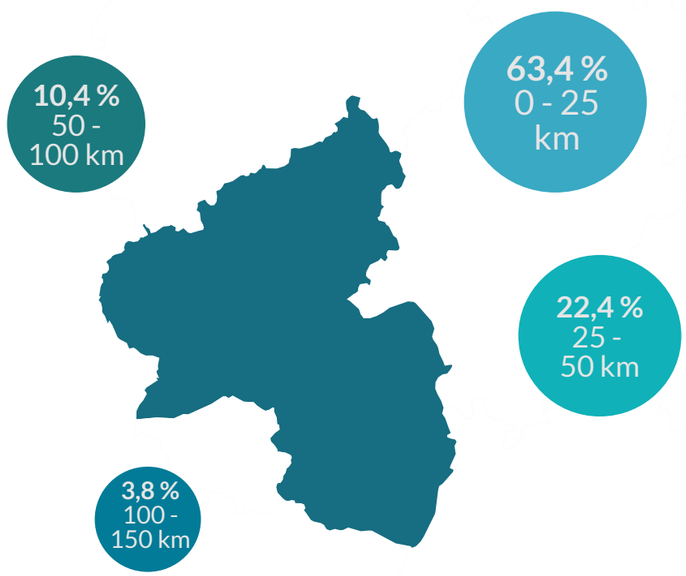


Abb. 24: Erreichbarkeit der PSZ in Rheinland-Pfalz.

Das Leben im ländlichen Raum hat für Geflüchtete auch über die häufig hohen geographischen Barrieren hinaus bedeutsame Implikationen. Die gesellschaftliche Isolation von Geflüchteten, die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und die Unterstützungsstrukturen durch Ehrenamtliche sind in abgelegenen Gegenden mit anderen Schwierigkeiten verbunden als in Regionen, in denen zumindest eine gute Anbindung an das Netz des Regionalverkehrs besteht. Dieser speziellen Situation wird daher im Folgenden ein eigenes Kapitel gewidmet.

Stadt, Land, Flucht – Die Arbeit der Psychosozialen Zentren im ländlichen Raum

Dem ländlichen Raum gehen in Deutschland die Einwohner*innen aus. Ganze Dörfer sterben aus. Junge Menschen ziehen zum Studium oder für die Ausbildung in größere Städte. Die ältere Generation bleibt in den Dörfern zurück. Die Infrastruktur im ländlichen Raum wird schlechter. Busfahrpläne werden gekürzt, Supermärkte, Postämter und Arztpraxen geschlossen.

Doch inzwischen werden immer mehr Geflüchtete in genau diejenigen Regionen verteilt, aus denen andere Menschen fliehen.

Die Herausforderungen und Chancen in der Integration unterscheiden sich dabei deutlich im Stadt-Land-Vergleich. Aufgrund der niedrigen Bevölkerungsdichte ist im ländlichen Raum oft nicht nur die allgemeine Infrastruktur schlechter, die Gemeinden haben häufig auch weniger personelle und finanzielle Ressourcen für Integrationsangebote. Mehrsprachige Communities sind seltener und es gibt oft keine Selbstorganisationsstrukturen, die als Multiplikator*innen Bedarfe feststellen und an die kommunale Integrationspolitik herantragen können (Aumüller & Gesemann, 2016). Deshalb ist es grundsätzlich schwieriger, ein bedarfsgerechtes und damit auch differenziertes, an verschiedene Bedarfe angepasstes Angebot zu schaffen, das niemanden vergisst.

Doch die Überschaubarkeit der Region und ihrer Strukturen und Communities, die Nähe des Zusammenlebens und oft auch der Wohnungsmarkt können auch begünstigend auf den Integrationsverlauf wirken. Man trifft häufiger aufeinander und auch in Schulen und Kindertagesstätten schafft der ländliche Raum eine selbstverständlichere Durchmischung (ebd.).

Für Geflüchtete, die mit psychischen Erkrankungen kämpfen, kann das Leben auf dem Land jedoch besonders belastend sein. Beratungsangebote und Therapieplätze gibt es in der Regel nur an einigen zentralen Orten im Landkreis.

In Rheinland-Pfalz befinden sich drei der fünf Psychosozialen Zentren in den größeren Städten (100.000 – 200.000 Einwohner*innen), dahingegen liegen zwei Zentren in Landkreisen, die jeweils eine nur sehr geringe Bevölkerungsdichte aufweisen. Hier sind die Fahrtzeiten, die Klient*innen auf sich nehmen müssen, um Beratung und Therapie in Anspruch zu nehmen, oft bis zu mehrere Stunden lang.

Was das Leben auf dem Land für psychisch belastete Geflüchtete bedeutet und wie die Arbeit eines PSZ im ländlichen Raum aussieht – darüber haben wir im Interview mit einer Therapeutin aus Rheinland-Pfalz gesprochen.

Ort des PSZ	Einwohner*innenzahl	Bevölkerungsdichte
Mainz	206.991	2146 Einwohner/km²
Ludwigshafen	163.832	2142 Einwohner/km²
Trier	108.472	981 Einwohner/km²
Landkreis Mayen / Koblenz	212.102	161 Einwohner/km²
Landkreis Altenkirchen (Westerwald)	133.785	201 Einwohner/km²

Tabelle 28: Einwohner*innenzahl und Bevölkerungsdichte in den Regionen der PSZ Quelle: Wikipedia (Zahlen von 2015)

Interview: Leben auf dem Land – eine besondere Herausforderungen für psychisch belastete Geflüchtete?

Was bedeutet es für Menschen, wenn sie im ländlichen Raum untergebracht sind? Für das Asylverfahren oder auch für Arbeit oder Bildungszugänge, für Integrationsfragen, für Unterbringung?

Therapeutin: *Viele Menschen haben hier wirklich Schwierigkeiten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Es gibt zum Beispiel eine Unterkunft in H., von dort aus ist der Weg einfach unglaublich aufwendig – vor allem weil die Bahnen und Busse von dort aus sehr unregelmäßig fahren. Es ist total schwierig mit dem Bus überhaupt in ein Gebiet zu kommen, von dem es dann wieder eine richtige Bahnanbindung gibt. Die Klient*innen kommen bei uns ja nicht nur aus dem unmittelbaren Kreis. Wir sind therapeutisch auch zuständig für die Außenkreise. Ich habe den Weg einmal selbst mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt: Das sind zwei Stunden mit dem Bus. Das ist fast nicht machbar für eineinhalb Stunden Therapiezeit – gerade für ein wöchentliches Angebot. Das ist fast nicht zumutbar. Die räumliche Lage hat einen großen Einfluss. Ich habe einen afghanischen Klienten, der sehr unter der räumlichen Situation leidet. Er fühlt sich sehr einsam und abgeschottet von allem anderen. Aber er hat inzwischen die Kraft, auch unglaublich lange Wege von zwei Stunden einfach auf sich zu nehmen, um rauszukommen aus dieser Unterkunft, um z. B. zum Sport in ein Fitnessstudio zu gehen.*

*Doch grundsätzlich ist es ein ewiges „Rumgegurke“ hier und die Menschen sind teilweise wirklich mehrere, ja eine Stunde mindestens unterwegs, um überhaupt rauszukommen. Gerade bei einigen traumatisierten Geflüchteten ist das ein großes Problem, dass ihr Wohnort so abgelegen ist: Wenn es dann im Winter auch noch so früh dunkel wird und wenig los ist an den Bahnhöfen, dann führt das zu Ängsten, dass etwas Unvorhersehbares passiert und man dann einsam ist und niemand da ist, um zu helfen. Diese Ängste machen es auch schwer, ins PSZ zu kommen. Manche Klient*innen trauen sich auch nicht allein zu fahren.*

*Neben den langen Anfahrtszeiten, kommt dann noch der finanzielle Faktor mit den Fahrtkosten für die Personen, das heißt den*die Klient*in und zusätzlich eine Begleitperson hinzu. Das sind dann schon schnell mal pro Weg zwischen vier und fünf Euro, wenn nicht sogar noch mehr.*

Was wären denn dann erste Schritte, damit diese Probleme überwunden werden können oder gar nicht erst auftauchen?

Die Leute müssten so untergebracht werden, dass sie zumindest eine gute Anbindung haben. Also an einer zentralen S-Bahn-Linie oder einer zentralen Regionalbahnlinie. Damit sie so einen Zugang haben. Ich merke zum Beispiel, dass sich bei einigen Klienten, die umgezogen sind, tatsächlich schon relativ schnell etwas an der psychischen Situation verändert hat, weil sie einfach in dem Dorf zumindest Einkaufsmöglichkeiten hatten, die vorher nicht gegeben waren. Bei einer afghanischen Familie war das so, die haben fünf Kinder. Und die haben ziemlich außerhalb gewohnt, wo es nicht einmal Einkaufsmöglichkeiten gab und waren dann zum Beispiel immer darauf angewiesen, entweder mit Bussen zu fahren, was beiden relativ schwer fiel. Es sind auch beide Analphabeten. Und das war ganz schwierig, die Fahrt mit ihnen logistisch zu organisieren, mit dem Bus zu fahren. In welchen Bus muss ich einsteigen? Das hat für ganz viel Unsicherheit bei denen gesorgt. Und gleichzeitig war das eine Kind ziemlich schwer krank und dadurch brauchten sie einen relativ schnellen Zugang zu Ärzten und zur Klinik. Wegen des Sonderbedarfs des Kindes hat dann auch der Umzug relativ gut und problemlos geklappt. Sie sind jetzt relativ nah an der Klinik dran. Aber da habe ich auch gemerkt, was für einen Unterschied es bei der Mutter gemacht hat, dass sie auch selbstständig einkaufen gehen konnte, was vorher schwierig war, weil sie sehr unsicher war, so dass sie immer mit ihrem Mann zusammen gefahren ist. Und das kann sie jetzt einfach selbstständig machen und kann sich viel freier bewegen. Sie kommt seitdem auch regelmäßig zu mir. Und das macht auch einen Unterschied. Vorher kam sie entweder eine Stunde zu spät oder kam gar nicht. Das funktioniert jetzt. Das heißt, sie kann Termine sowohl bei mir als auch bei Ärzten besser einhalten.

Aber das mit dem schnellen Umzug war bei der Familie eben nur die Ausnahme. In anderen Fällen ist es sehr schwierig, z. B. bei alleinstehenden afghanischen Männern, die gerade so im Klageverfahren drinnen sind und bei denen noch nichts entschieden ist. Da ist ein Umzug fast unmöglich. Da gibt es eine Unterkunft, aus der möchten sehr viele raus, weil sie sehr abgelegen ist. Für viele auch unheimlich. Auch sehr schmuddelig. Und da ist es ganz schwierig, da rauszukommen.

Du hast geschildert, dass der Zugang zum PSZ schon sehr schwierig ist. Aber wie ist es für Geflüchtete im Zugang zu Arbeit oder zu Freizeitangeboten?

*In Städten ist das Angebot mittlerweile sehr breit aufgestellt. Kostengünstige Aktivitäten wie Kochgruppen oder Sportgruppen, aus dem die Menschen schöpfen und Netzwerke aufbauen können. Hingegen habe ich hier den Eindruck, dass es schwer ist, überhaupt in so ein Netzwerk reinzukommen, weil es das gar nicht so gibt. Also ich glaube, dass es hier, dadurch, dass es hier ganz wenig gibt, dass die Menschen – wenn es so etwas gibt wie ein Café International -, dass sie da gar nicht hinkommen, weil dann oft die Fahrtwege zu mühsam sind. Weil es einfach zu abgelegen ist, da wo sie untergebracht werden. Es gibt schon auch ehrenamtliche Initiativen, die versuchen auch mal etwas zu organisieren. Aber das unterscheidet sich auch im Vergleich zum städtischen Raum, wo es ja oft ganz viele Student*innen sind, die aktiv sind. Eher jüngere Menschen, zwischen zwanzig bis Ende zwanzig. Hier ist ganz klar der Altersdurchschnitt der Ehrenamtlichen bei zwischen fünfzig und sechzig. Was natürlich auch einen großen Einfluss auf die Angebote an sich macht.*

Und für den Alltag im PSZ – was bedeutet es für Eure Arbeit, im ländlichen Raum für Geflüchtete engagiert zu sein?

*Ich merke, dass ich manchmal bei Terminen eher nochmal darauf achte, dass man einen Termin verknüpft mit einem Termin bei der Verfahrensberatung, wenn die Leute sowieso schon den Weg auf sich nehmen. Oder dass ich eher auch mal einen längeren Termin statt zwei kürzere Termine anbiete. Generell würde ich sagen, es klappt trotzdem, dass Klient*innen regelmäßig zu therapeutischen Gesprächen kommen. Sie nehmen das schon zumindest für die Einzelgespräche in Kauf. Schwierig wird es eher, wenn wir von Gruppenangeboten sprechen.*

Was ist da der Unterschied? Kannst du das erklären?

*Wir hatten vor, neben den Therapieangeboten auch sprachungebundene und aktivitätsorientierte Angebote zu machen. Wir wollten das Angebot öffnen für Frauen für alle Sprachen und haben das ausgeschrieben und Klient*innen angesprochen. Es gab aber kein großes Interesse dafür. Es hat sich tatsächlich niemand gemeldet, selbst nach wiederholter Ansprache, auch Klient*innen, die wir im Einzelsetting hatten, kamen nicht zu dieser Gruppe. Und es kann sein, dass es auch zu einer ungünstigen Zeit lag. Das wird sicherlich auch eine Rolle gespielt haben. Wir hatten das nachmittags angeboten und es haben doch einige auch Kinder. Aber ansonsten habe ich eben auch die Rückmeldung gekriegt, es geht nicht wegen der Wege. Zu weit. Ich glaube, dass viele Menschen diesen langen Weg eher auf sich nehmen, wenn sie wissen, okay, ich habe diesen Einzeltermin. Dann wissen sie, wir sind im Einzelkontakt und haben dann wirklich ihren Raum. Ich glaube, das spielt eine Rolle für die Motivation. So ein Gruppenangebot ist oftmals eher abschreckend und wird deshalb gar nicht erst ausprobiert.*

*Zu eher psychoedukativen Gruppen weiß ich aus den Berichten von Kolleg*innen in Großstädten, dass sie die Möglichkeit haben, Klient*innen ganz gezielt nach Belastung und Krankheitsbild für Gruppen zusammen zusetzen und dann daraus homogenere Gruppen bezüglich Sprache, Geschlecht oder Symptomatik entstehen können. Das ist bei uns sehr schwierig, überhaupt eine homogene Gruppe aufzubauen. So viele Teilnehmende zu finden, die passend wären und dann daraus eine Gruppe entstehen zu lassen. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, eine Gruppe aus Dari-sprechenden oder Dari-Farsi-sprechenden Frauen mit ähnlichen Anliegen zu bilden. Es sind gar nicht genug Frauen oder Männer aus einer Region da, um überhaupt eine homogene Gruppe zu bilden.*

Und dann sind die Gruppen heterogen und was bedeutet das?

*Es kam gar nicht dazu, dass wir eine Gruppe aufbauen konnten, weil wir keine heterogene Gruppe wollten. Weder hinsichtlich des Geschlechts noch mit vielen Dolmetscher*innen. Wir hatten so eine Psychoedukationsgruppe und das hat einmal funktioniert und dann war es aber auch quasi ausgeschöpft an Dari-Farsi-sprechenden Frauen bei uns in der Region, die dafür geeignet waren. Das waren acht Frauen.*

Was ich dann auch beobachtet habe ist, dass sich die Frauen alle untereinander kannten, weil es ja nicht so viele gibt. Und dann teilweise auch die Schweigepflicht nicht gewahrt wurde. Dass dann doch Dinge nach außen gedrungen sind, weil die eine kennt ja die Familie wiederum und die Familie kennt sie. Und das hat natürlich auch verständlicherweise zu großer Unruhe in der Gruppe geführt, dass da die Hauptgruppenregel der Schweigepflicht nicht eingehalten wurde.

Die große Nähe zum Alltag in den Communities macht den Vertrauensaufbau in den Gruppen also schwieriger?

Diese enge Vernetzung kann gut sein, in dem Fall des Bruchs der Schweigepflicht aber auch hinderlich sein. Ich habe auch den Eindruck, dass das enge Netzwerk auch für Dolmetschende ein Problem sein kann. Denn Dolmetschende sind auch schneller in dieser Community mit drinnen. Ihre Nummer wird dann z. B. einfach weitergegeben. Ich denke gerade an eine bestimmte Dolmetscherin. Sie ist Armenierin und die armenische Community hier ist so klein, dass sich das vermischt. Sie wird dann auch in ihrer Freizeit angerufen, weil sie andere sowieso schon kennen. Die haben dann wiederum die Nummer an den einen Klienten weitergegeben und sie ist dann Ansprechpartnerin für vieles. Es braucht dann wirklich sehr viel Stärke auf Seiten der Dolmetschenden, sich davon auch ganz klar abgrenzen zu können.

Wie ist denn die Verfügbarkeit von Dolmetschenden bei Euch?

Es ist hier sehr schwierig Dolmetschende zu finden. So haben wir z. B. bisher keine Tigrinya-Dolmetscher gefunden, Somali auch nicht. Albanisch bricht uns immer wieder weg. Unter anderem

eben auch wegen so einer Sache, dass gerade bei den Leuten, die schon lange hier sind, die sind untereinander schon vernetzt und dann können wir die Dolmetscherin, die wir eigentlich hatten, nicht einsetzen, weil sie sich kennen.

Welche Bedeutung hat das denn für Euch persönlich, im ländlichen Raum zu arbeiten?

*Ich merke selbst oft, dass Klient*innen mich manchmal Dinge fragen, die ich ihnen für meinen Wohnort in der Stadt ganz klar beantworten könnte. Ich wohne selbst in der nächsten Großstadt und nicht hier im Landkreis. Ich habe daher hier oft Schwierigkeiten, die Strukturen zu durchblicken. Wenn ich in der Therapie dann gerne den Aufbau von positiven Aktivitäten besprechen würde, um zu schauen, wie Klient*innen aus ihrer Depressionsspirale herauskommen könnten, dann ist es oft relativ schwierig, überhaupt herauszufinden – wo gibt es denn – wenn überhaupt – welche Angebote? Sicherlich gibt es ein paar vereinzelte. Ein paar, an denen wir auch selbst zum Teil mitwirken. Das kann ich dann nennen. Aber einen Überblick zu bekommen, das ist oft schwierig.*

*Vor allem ist es tatsächlich ziemlich anstrengend, dadurch, dass wir verschiedene Standorte haben und die Wege zwischen den Standorten relativ lang sind und wir sowieso schon so einen langen Anfahrtsweg haben. Das ist ziemlich anstrengend. Meine Kollegin, die Asylverfahrensberatung macht, fährt ständig hin und her. Bei der therapeutischen Arbeit haben wir es so aufgeteilt, dass meine Kollegin und ich uns die Tage an den Standorten aufgeteilt haben und dann immer wechseln. Man ist eine dreiviertel Stunde mit dem Auto zwischen den Standorten unterwegs. Und dann ist ja noch geplant Außensprechstunden zu machen. Zumindest Clearinggespräche in den Bezirken. Ja… Fahrtwege sind nicht nur bei den Klient*innen ein Problem.*

Das heißt es gibt Tage, da seht ihr euch auch gar nicht im Team. Was bedeutet das für eure Zusammenarbeit im Team?

Es erfordert tatsächlich auch viel logistischen Aufwand, zu Teamsitzungen zusammen zu finden, wenn man verschiedene Standorte hat und dann zum Teil ja noch in Teilzeit arbeitet. Wir haben ja eigentlich gerade auch nur eine volle Psychologenstelle besetzt, die wir uns aufteilen. Da ist es tatsächlich schwierig, gemeinsame Arbeitstage zu finden und da flexibel zu sein. Weil wir auch nicht mal so spontan vorbeikommen können für einen halben Tag.

Eine Kollegin hat deswegen auch bei uns aufgehört. Sie konnte das nicht mehr. Und die langen Wege haben natürlich auch einen Einfluss darauf, wen wir als ihre Nachfolge einstellen können. Es ist gar nicht so leicht, hier die Stellen nachzubesetzen, weil die meisten dann halt doch in den nächstgelegenen Städten wohnen, aber nicht unbedingt in dem Kreis.

Gibt es für Euch auch Aspekte, von denen Ihr bzw. Eure Klient*innen eher profitiert im ländlichen Raum? Dinge, von denen Ihr Euch wünscht, dass sie auch bei Strukturverbesserungen in den Regionen erhalten bleiben?

Ich glaube, wenn einmal das Netzwerk aufgebaut ist, dann ist es auch gut und dann ist es auch fest. Dann kann auch ein leichterer und schnellerer Austausch stattfinden. Man kennt dann doch zum Beispiel Ehrenamtler X oder Mitarbeiter Y aus der Ausländerbehörde persönlich. Ich glaube, da kann das Ländliche das Ganze durchaus auch vereinfachen – vorausgesetzt, es ist eine Struktur da. Meine Kollegin hat mittlerweile dadurch, dass sie schon so lange in dem Bereich ist und auch selber aus dem Kreis hier kommt, ein sehr gutes Netzwerk aufgebaut und hat dann auch ihre persönlichen Ansprechpartner, z. B. bei der Ausländerbehörde, von denen sie genau weiß, an wen sie sich richten kann. Und ich glaube, das ist nochmal auch ein Unterschied im ländlichen Raum. Da kennt man sich dann doch auch schneller persönlich. Es gibt ja nicht viele Psychiater hier in der Gegend. Die kennen wir schon alle. Wir wissen also, zu wem wir in welchen Fällen schnell Kontakt aufnehmen können.

Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten

Die zum Teil weiten Wege und die langen Wartezeiten, die psychisch belastete Geflüchtete auf sich nehmen, um Unterstützung in einem der Psychosozialen Zentren in Anspruch nehmen zu können, ebenso wie die hohen Ablehnungszahlen, werfen die Frage auf, inwieweit Menschen, die keinen Behandlungsplatz in einem der PSZ erhalten, in anderen Institutionen oder Behandlungssettings – insbesondere denen der gesundheitlichen Regelversorgung Hilfe finden können.

Schon immer bemühen sich die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, niedergelassene Kolleg*innen und Kliniken in die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern einzubinden und Klient*innen an Versorgungsstrukturen der Regelangebote weiter zu vermitteln. Sie sensibilisieren für den besonderen Versorgungsbedarf sowie spezifische Zugangsbarrieren auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem, organisieren Fortbildungs- und Informationsveranstaltung und stehen neuen Kolleg*innen mit Rat und Tat zur Seite.

Notwendige Voraussetzung dafür, dass im Gesundheitssystem verfügbare Angebote von psychisch belasteten Menschen mit einem Behandlungsbedarf auch tatsächlich in Anspruch genommen werden können, ist die *Zugänglichkeit* der Strukturen und Institutionen des Systems für die jeweilige Betroffenengruppe. Die Zugänglichkeit von Behandlungsleistungen ist dabei zunächst davon abhängig, ob bei den betroffenen Personen ein entsprechender Bedarf erkannt wird und ob Informationen über entsprechende Interventionen vorhanden sind. Für die Gruppe der psychisch belasteten Asylsuchenden ist hier von besonderer Relevanz, ob im Rahmen des Aufnahmeprozesses Hinweise auf psychische Belastung und/oder Gewalterfahrungen und Traumatisierungen identifiziert und ihnen entsprechend nachgegangen wird *(Vgl. Kapitel „Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter“)*. Die tatsächlichen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme sind für diese Zielgruppe darüber hinaus an besondere strukturell-rechtliche Voraussetzungen – insbesondere die Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gebunden *(Vgl. Kapitel „Rechtliche Situation: Gesundheitsleistungen für Geflüchtete in Deutschland“)*.

Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter

Durch die EU-Aufnahmerichtlinie vom 26. Juni 2013 (und auch bereits durch die entsprechende Richtlinie von 2003) ist Deutschland verpflichtet, die spezielle Situation von traumatisierten/ und oder psychisch erkrankten Personen bei der Unterbringung, Versorgung und Betreuung zu berücksichtigen und bei Bedarf entsprechende Unterstützung zu gewähren. Damit die Betroffenen diese Garantien aus der EU-Aufnahmerichtlinie jedoch auch in Anspruch nehmen können, müssen sie während der Aufnahme notwendigerweise auch als Personen mit besonderen Bedürfnissen – z. B. einem Behandlungsbedarf aufgrund einer psychischen Störung und/ oder Traumatisierung – erkannt werden.

Inwieweit die Identifizierung besonders vulnerabler Asylsuchender in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt gewährleistet werden kann, darüber gehen die Einschätzungen weit auseinander. Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen mahnen an, dass es in der Praxis noch immer häufig von Glück, Zufall und Beharrlichkeit abhängig sei, ob eine traumatisierte und/oder psychisch erkrankte Person als solche erkennt und entsprechend behandelt und betreut werden kann. Die Bundesregierung hingegen vertritt die Auffassung, dass die Diagnostik psychischer Belastungen u. U. bereits „in einem sehr frühen Stadium nach Ankunft im Rahmen der Erstuntersuchung“ erfolgen könne. Die Therapie „erfolge dann bei speziellen Ärzten oder in speziellen Behandlungszentren“. Auch könnten die Erstaufnahmeeinrichtungen entsprechende Daten an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) übermitteln, welches entsprechende Hinweise dann wiederum bei der Anhörung im Asylverfahren berücksichtige. Lägen bei Asylsuchenden Hinweise z. B. auf eine Traumatisierung vor, dann würden spezielle Sonderbeauftragte als Anhörerinnen oder Anhörer eingeschaltet, die besonders qualifiziert für den sensiblen Umgang mit traumatisierten Menschen seien. Die Sonderbeauftragten fungierten dann ggf. auch als Kontaktpersonen z. B. zu den Psychosozialen Zentren.

In der Praxis jedoch stellt sich die Identifizierung gerade traumatisierter Personen als sehr schwierig heraus, wenn ihre Bedarfe nicht bereits offensichtlich zu Tage treten. Ein solch gut funktionierendes System, wie es von der Bundesregierung beschrieben wird, konnte bisher in der Fläche nicht etabliert werden (Hager & Baron, 2017).

Schwierigkeiten bei der Identifizierung traumatisierter Personen: Angst, Scham, Vermeidung

Bei Personen mit psychischen Erkrankungen, Opfern von Menschenhandel, Überlebenden von Folter, Vergewaltigung und/oder anderer schwerer Gewalt sind Hinweise auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit für Außenstehende häufig nicht „sichtbar“. Menschen, denen schwere Gewalt widerfahren ist, vermeiden es häufig, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen, weil sie sich schämen und sie Angst vor der Erinnerung an ihre Erfahrungen haben. Ohne entsprechendes Fachwissen bleiben psychische Störungen daher oft unerkannt und beeinträchtigen die Asylsuchenden bei der Durchführung ihres Asylverfahrens.

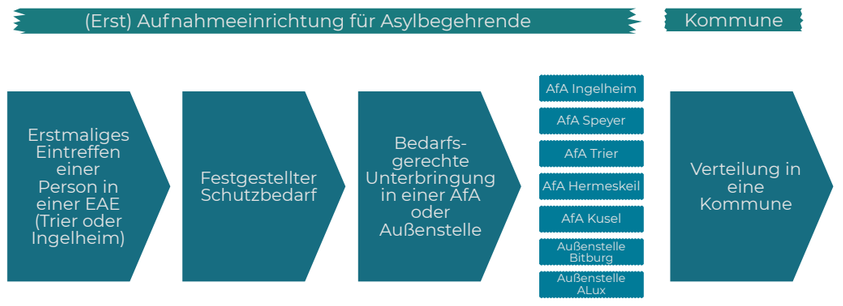
Menschen, die aufgrund des Erlebten eine Traumafolgestörung entwickelt haben, sind in vielen Fällen nicht ad hoc und ohne psychosoziale Unterstützung in der Lage, in einem konsistenten Narrativ über diejenigen Aspekte des eigenen Schicksals zu sprechen, die für das Asylverfahren relevant sind. Die Betroffenen können aus Angst, Scham oder aufgrund störungsspezifischer Vermeidungsprozesse häufig nur karge Aussagen machen, die möglicherweise das Wichtigste aussparen oder als verworren, unzusammenhängend, widersprüchlich oder zeitlich verzerrt erscheinen. Sie brauchen häufig mehr Zeit und Unterstützung, um sich so vorbereiten zu können, dass sie ihre Geschichte und die erlittene Verfolgung im Asylverfahren vorbringen können.

Für die Identifizierung der Betroffenen gilt daher, dass Hinweise auf Traumatisierungen sich oft gerade nicht explizit aus den Erzählungen über ihre Erlebnisse ergeben. Sie müssen ebenso aus Verhaltensbeobachtungen und Gesprächen durch geschultes Personal erschlossen werden. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die aktive Exploration verbunden mit expliziten Nachfragen nach Gewalterlebnissen für die Betroffenen als sehr belastend empfunden werden kann. Sie kann insbesondere bei nicht für diese Aufgabe qualifizierten Akteur*innen auf beiden Seiten zu Überforderung führen. Für Verfahren zur Identifizierung besonderer Vulnerabilität aufgrund von Gewalterfahrungen bedarf es daher ausreichend Zeit, eine vertrauensvolle, geschützte Atmosphäre und einer Qualifizierung der Fachkräfte.

Verfahren zur Identifizierung traumatisierter Asylsuchender in Rheinland-Pfalz[17]

Von Seiten der Bundesregierung wurde trotz Ablauf der Umsetzungsfrist im Jahr 2015 kein Konzept zur Identifizierung und Versorgung besonders vulnerabler Asylsuchender vorgelegt. Das Land Rheinland-Pfalz hat im Rahmen seines Gewaltschutzkonzeptes (Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz, 2017) dennoch ein umfassendes Konzept entwickelt, das den Schutzbedarfen insbesondere von Frauen, Kindern und Jugendlichen, Familien aber auch von traumatisierten und behinderten Personen sowie homo- oder bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen (LSBTI) bei der Unterbringung und Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrenden (AfA) Rechnung tragen soll.

In diesem Konzept sind ausdrücklich auch „Clearingmaßnahmen zum Erkennen von Schutzbedürftigkeit“ festgeschrieben. So soll im Verlauf des Aufnahmeprozesses in der EAE sowie während der ersten Schritte des Asylverfahrens „stets auch das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit in Betracht gezogen und überprüft werden“ (Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz, 2017).



Anmerkung: Die Außenstellen Bitburg und Trier ALux wurden zwischenzeitlich geschlossen.

Abb. 25: Übersicht zum Verfahren der Erstaufnahme (EAE: Erstaufnahmeeinrichtung; AfA: Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende) Quelle: Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz. (2017). Gewaltschutzkonzept. Konzept zum Gewaltschutz und zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen in Einrichtungen der Erstaufnahme in Rheinland-Pfalz.

17 Dieser Absatz wurde in ähnlicher Form erstmals im Artikel „Eine Frage von Glück und Zufall – Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren“ (Nina Hager & Jenny Baron) in der Broschüre "Beratung und Rechtsschutz im Asylverfahren" als Beilage zum Asylmagazin 7–8/2017 veröffentlicht.

Mitarbeitende der Aufnahmeeinrichtungen wurden dafür geschult, die Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden in den Erstgesprächen sowie im täglichen Kontakt zu erfragen. Auch in der freiwilligen medizinischen Erstuntersuchung im Rahmen des MEDEUS-Programms, im Austausch mit Beratungsstellen sowie mit der einrichtungsinternen Schule und Spielstube solle explizit auf psychosoziale Belastungen geachtet werden. Hinweise sollen im Rahmen von Beobachtungen, (Beratungs-)Gesprächen und z.T. mithilfe von Screening-Fragebögen aufgenommen und an den Sozialdienst weitergetragen werden. In den unabhängigen Beratungsstellen in den Aufnahmeeinrichtungen – insbesondere auch im PSZ Trier – haben Bewohnende zusätzlich die Möglichkeit, Fachkräfte zu finden, denen sie vertrauen können.

Angestrebt sei darüber hinaus, im Rahmen der freiwilligen medizinischen Erstuntersuchung (MEDEUS) ein Fragebogen-Screening zur Erkennung von Traumatisierungen einzuführen und in einem Pilotprojekt in der EAE Trier zu testen. Bei Hinweisen auf psychische Erkrankungen oder Traumatisierung werde angestrebt, an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz sowie niedergelassene Therapeut*innen zu vermitteln.

Herausforderungen und Chancen des rheinland-pfälzischen Modells

Grundsätzlich wird laut dem Gewaltschutzkonzept des Landes das Vorliegen einer Schutzbedürftigkeit inzwischen in dem landeseigenen Datenverwaltungsprogramm erfasst, so dass alle Stellen innerhalb der Einrichtungen informiert seien. Da die rheinland-pfälzischen Kommunen aber eine Selbstverwaltungsgarantie hätten, könne das Land lediglich empfehlen, die bereits begonnenen Schutzmaßnahmen zu übernehmen. Erkenntnisse zur Schutzbedürftigkeit, die im Rahmen der Anhörung beim BAMF gewonnen wurden, würden aus verschiedenen Gründen nicht immer weitergeleitet .

In der EAE Trier wurde darüber hinaus eine halbe Stelle für stabilisierende Gruppenangebote eingerichtet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass einer Identifizierung im Anschluss theoretisch auch immer ein entsprechendes Angebot folgen muss. Im Bundesvergleich war dies in der Vergangenheit eher selten und ist daher als sehr positiv zu bewerten.

Nach Informationen durch das MFFJIV werden 2018, durch das Land finanziert, niedrigschwellige Angebote an allen 5 Standorten der rheinland-pfälzischen Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende gefördert, die auch eine psychotherapeutische Beratung beinhalten.

Die Verbesserung der Kommunikation zwischen Aufnahmeeinrichtung, PSZ, Gesundheitswesen und staatlichen Stellen ist eine zentrale Stärke des rheinland-pfälzischen Modells zur Identifizierung.

Die frühzeitige Erkennung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Personen bleibt dennoch mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Das derzeitige Modell greift, wenn Betroffene sich selbst aktiv Hilfe z.B. bei MEDEUS suchen oder Sozialarbeitende einen Bedarf erkennen und die notwendigen Hilfen vermitteln. Traumatisierte Asylsuchende, die starkes Vermeidungsverhalten, große Angst oder sozialen Rückzug zeigen, werden so jedoch bisher nicht erfasst. Hier zeigt sich ein Problem, mit dem die Akteur*innen bundesweit in vielen Modellen und Verfahren zur Überprüfung der besonderen Schutzbedürftigkeit, auch wenn sie etabliert werden konnten, zu kämpfen haben: In der Regel profitieren nicht alle Asylsuchenden von einem Gespräch, in dem systematisch über mögliche Symptome, Belastungen und besondere Hilfebedarfe gesprochen werden kann. Vermeintlich unauffällige Personen, die hoch belastet sind, deren Traumatisierung aber nicht offensichtlich zu Tage tritt, werden häufig übersehen und fallen durch die Unterstützungsnetze (Hager & Baron, 2017).

Darüber hinaus fehlt oft eine Struktur, um die Behandlungsnotwendigkeiten, die sich bereits in der EAE ergeben, umzusetzen. Vor allem aber kann häufig trotz festgestelltem Bedarf kein Leistungsanspruch für eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung geltend gemacht werden, weil bürokratische Hürden (z.B. unklare Kostenübernahme der Behandlung, Probleme bei der Beantragung der Dolmetscherkosten) nicht überwindbar und/oder keine Behandlungsplätze verfügbar sind.

Rechtliche Situation: Gesundheitsleistungen für Geflüchtete in Deutschland

Die Frage, wie zugänglich das Gesundheitssystem für Geflüchtete ist, bei denen bereits ein Bedarf festgestellt wurde, muss in Deutschland innerhalb einer komplexen strukturell-rechtlichen Logik beantwortet werden, in der insbesondere der Aufenthaltsstatus und die Aufenthaltsdauer der betroffenen Person eine Rolle spielen, aber auch, ob sie einer Ausbildung oder einer Beschäftigung nachgeht oder nicht.

Wer in Deutschland Asyl sucht, ist in den ersten 15 Monaten seines Aufenthalts zunächst nicht krankenversichert. Welche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können, regelt das Asylbewerberleistungsgesetz.

Zugänglichkeit in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes in Deutschland gelten für Geflüchtete die Leistungen nach den **§§ 4 und 6 AsylbLG**. Abhängig von den Regelungen der einzelnen Bundesländer oder auch Kommunen erhalten die betroffenen Personen entweder einen Krankenschein, der meist drei Monate Gültigkeit besitzt oder eine elektronische Gesundheitskarte.

Nach 15 Monaten ihres Aufenthalts besteht auch für Asylbewerber*innen ein Anspruch auf einen Leistungsumfang entsprechend dem der Versicherten[18] der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern über eine elektronische Gesundheitskarte.[19] Die Kosten werden weiterhin vom Sozialamt getragen.[20]

Menschen mit einem Aufenthaltstitel haben Anspruch auf Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Ein Problem ist hier jedoch neben der Schwierigkeit, eine*n Psychotherapeut*in mit Kassenzulassung zu finden, die Übernahme der Kosten für Sprachmittler*innen, die für eine Behandlung oft unabdingbar sind. Sprachmittlungskosten sind jedoch kein Leistungsanspruch für GKV-Versicherte.

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts haben Asylsuchende nach **§ 4 AsylbLG** einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung ***„akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“*** handelt. Eingeschlossen sind dabei die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln und die Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Zahnvorsorge, Kinderuntersuchungen, Krebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung) und Schutzimpfungen.

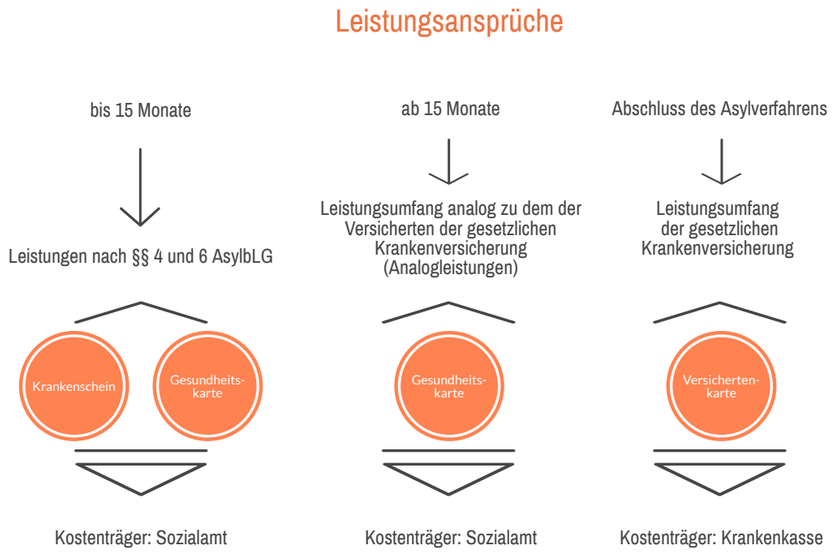


Abb. 26: Leistungsansprüche von Geflüchteten abhängig von Aufenthaltsstatus und -dauer

18 § 264 Abs. 2, 4 iVm § 11 Abs. 1 SGB V.
19 § 264 Abs. 4 S. 2 iVm § 291 SGB V.
20 § 264 Abs. 7 SGB V.

Über die Öffnungsklausel im **§ 6 AsylbLG** können darüber hinaus Leistungen abgerechnet werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind. Dies kann beispielsweise medizinische Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, Rollstühle, Hörgeräte aber auch die Gewährung von Psychotherapie einschließen. Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie jedem anderen GKV-Versicherten zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im **Ermessen** der zuständigen Sozialbehörde liegt.

Ermessensreduzierung im § 6 AsylbLG für psychisch erkrankte Asylsuchende

Für Asylsuchende, die unter einer psychischen Störung leiden, gelten diesbezüglich ergänzende Bestimmungen. Gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU gehören psychisch erkrankte Asylsuchende zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden (Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU). Dieser Gruppe muss „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ (Art. 19 Abs. 2 Richtlinie 2013/33/EU) gewährt werden.

Die EU-Aufnahmerichtlinie hat aufgrund der Nichtumsetzung in nationales Recht seit dem 20.07.2015 unmittelbare Rechtswirkung. In der Konsequenz muss der §6 Abs. 1 AsylbLG nun im Sinne der Richtlinie europarechtskonform ausgelegt werden. Für besonders schutzbedürftige Asylsuchende reduziert sich dadurch das behördliche Ermessen, das in § 6 Abs. 1 AsylbLG für die Bewilligung von „sonstigen Leistungen“ vorgesehen ist, auf Null. Im Wege der Ermessensreduzierung wird für die von der Aufnahmerichtlinie erfassten Fallgruppen ein Anspruch auf die Gewährung der erforderlichen medizinischen oder sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung, vermittelt.[21]

Für Anträge auf Kostenübernahmen für Psychotherapien nach AsylbLG gilt daher: Wurde bei einem/r Asylsuchenden eine psychische Störung diagnostiziert, dann gilt die besondere Schutzbedürftigkeit durch diese Diagnose als „festgestellt“ und die besonderen Bedarfe, die sich für die Person aus dieser Diagnose begründen, müssen gewährt werden. Für die Behörde besteht in diesem Fall kein Ermessensspielraum. Anträge auf Kostenübernahme für eine Psychotherapie müssen bewilligt werden. Inwieweit diese Klarstellung in der Praxis bereits Anwendung findet, ist bislang nicht bekannt.

21 Diese Verpflichtung zur europarechtskonformen Auslegung hat die Bundesregierung 2016 in der Bundestags-Drucksache 18/9009 bestätigt.

Die „Ermächtigung“ zur Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden

Einen wichtigen Schritt in Richtung des Ausbaus der Behandlungskapazitäten ist die Bundesregierung Ende 2015 gegangen. Sie hat die Zulassungsverordnung für Ärzt*innen geändert: Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder auch Institutionen, die bislang keine Kassenzulassung hatten, können sich nun leichter speziell zur Behandlung von Asylsuchenden „ermächtigen“ lassen und ihre Therapien dann auch als Regelleistung abrechnen.[22]

In Rheinland-Pfalz haben davon 2017 insgesamt 7 Psychotherapeut*innen Gebrauch gemacht – zwei der Therapeut*innen haben ihre Ermächtigung jedoch bereits zurück gegeben, so dass es zum Jahresende 2017 in Rheinland-Pfalz nur noch 5 ermächtigte Psychotherapeut*innen gab.

Die Nachfrage nach Behandlungen ist ungebrochen hoch, doch die bürokratischen Anforderungen sorgen dafür, dass nur sehr wenige Geflüchtete in das Raster passen, in dem ermächtigte Therapeut*innen eine Therapie auch tatsächlich abrechnen könnten. Viele Praxen bleiben deshalb leer – trotz des hohen Bedarfs.

„Es gibt sehr viele Anfragen. Aufgrund der schwierigen gesetzlichen Situation und der starken Einschränkung der Leistungen, konnte ich mit der Ermächtigung aber noch keinen einzigen Flüchtling behandeln.“

Therapeut*in aus Rheinland-Pfalz

In der Praxis zeigt sich deshalb, dass sich die Versorgung von Geflüchteten durch das Instrument der „Ermächtigung“ nicht verbessert hat.[23] Verantwortlich für diese paradoxe Situation: Mit der Ermächtigung darf man nur eine ganz bestimmte Patient*innen-Gruppe behandeln. Der Patient*innen-Kreis wurde vom Gesetzgeber auf Menschen beschränkt, die Leistungen nach §2 AsylbLG beziehen, also auf Asylsuchende, die bereits 15 Monate hier in Deutschland sind, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben. Auch Menschen, die bereits eine Arbeit oder eine Ausbildungsstelle gefunden haben, zählen nicht zu diesen Personen, weil sie dann regulär krankenversichert sind.

Das Zeitfenster, in dem sich Asylsuchende Hilfe bei eine*m ermächtigten Psychotherapeut*in suchen können, ist also sehr klein. Und es besteht immer das Risiko, dass eine laufende Therapie abgebrochen werden muss, wenn sich der Aufenthalts- oder der Beschäftigungsstatus der*des Patient*in ändert. Dabei könnte genau diese Sicherheit vielen Menschen dabei helfen, gesund zu werden.

Auch wenn die Ermächtigung als bedeutendes Signal für das Ziel einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Personengruppen zu verstehen ist, stellt sie sich bislang als Instrument mit zu wenig Wirkung dar. Geflüchtete in Rheinland-Pfalz profitieren im Moment noch kaum von der Möglichkeit von einem*r ermächtigten Psychotherapeut*in behandelt werden zu können.

22 Die Einführung von § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV stellt klar, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten von den Zulassungsausschüssen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu ermächtigen sind.

23 Details zu den Schwierigkeiten mit der Ermächtigung in: „(Keine) Behandlung mit der Ermächtigung“ (abrufbar unter: *http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Keine-Behandlung-mit-der-Erm%C3%A4chtigung-_-Stellungnahme-der-BAfF.pdf).* Stand April 2017.

Die Gesundheitskarte für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Vertreter*innen des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD RLP), der gesetzlichen Krankenkassen, der Kommunen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die sich zur Arbeitsgruppe „Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge“ zusammengeschlossen hatten, haben Anfang 2016 eine Rahmenvereinbarung[24] abgeschlossen und unterschrieben, in der die Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts geregelt wurde. Den Landkreisen und kreisfreien Städten wurde die Gelegenheit gegeben, die vereinbarte Rahmenvereinbarung zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob sie ihr beitreten werden. Obwohl Beispiele aus anderen Bundesländern (Bremen, Hamburg) zeigen, dass durch die Gesundheitskarte Kostensenkungen erreicht werden können, raten die Spitzenverbände der Städte und Kreise den Kommunen mit dem Hinweis auf finanzielle Mehrbelastung von der Einführung ab.[25]

Bisher haben die Kommunen Trier (seit 01.01.2017), Mainz (seit 01.07.2017) und die Kreisverwaltung Kusel (seit 01.07.2017) der Rahmenvereinbarung zugestimmt und die Gesundheitskarte eingeführt (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2016). Eine Evaluation der Einführung soll nach Ablauf eines Jahres stattfinden.

Die Gesundheitskarte für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Eingeführt: Seit 01.01.2017 Trier, seit 01.07.2017 Mainz und Landkreis Kusel

Rahmenvereinbarung: 20.01.2016

Leistungsgrundlage: §§ 4, 6 AsylbLG, angelehnt an SGB V

Verwaltungsgebühr: 8% der Leistungsaufwendungen, mind. 10,- € pro Person/Monat

Finanzierung: Kommunen/Land

Quelle: http://gesundheit-gefluechtete.info

24 *https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Rahmenvereinbarung_eGk.pdf*
25 Aktuelle Informationen zum Stand der Gesundheitskarte in den Bundeländern unter: *http://gesundheit-gefluechtete.info*.

Zusammenfassung: Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2016)

- Die Vereinbarung erfasst ausschließlich die Geflüchteten, die die Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes Rheinland-Pfalz bereits verlassen haben und den Kreisen und kreisfreien Städten zugewiesen wurden
- Mit der Gesundheitskarte können Asylsuchende mit akuten Schmerzzuständen und akuten Erkrankungen direkt in eine Praxis gehen und eine*n Ärzt*in aufsuchen. Dadurch wird der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erleichtert und kann schneller erfolgen.
- Die Einschränkung der medizinischen Versorgung für Geflüchtete nur auf Schmerzzustände und akute Erkrankungen gegenüber den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte ist durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt und wird so weiterhin Bestand haben. In der Vereinbarung wurde vor diesem Hintergrund ein Leistungsumfang definiert, der die Bedürfnisse der Geflüchteten und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt und zugleich ein möglichst unbürokratisches Verfahren der Leistungsgewährung festlegt.
- Die Rahmenvereinbarung regelt die Kostenerstattung für die gesetzlichen Krankenkassen, die in diesem Fall als Dienstleister für die Kommunen tätig werden und dafür eine Verwaltungsgebühr in Höhe von acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten, erhalten. Die Kosten werden nach zwei abgerechneten Quartalen evaluiert.
- Um die Umsetzung zu erleichtern, ist geregelt, dass jeder Kreis oder jede kreisfreie Stadt von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut wird und dort auch über einen Ansprechpartner für alle Fragen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter verfügt. Dies reduziert den Aufwand insbesondere für die Kommunen.
- Die Erfahrungen in Hamburg und Bremen haben gezeigt, dass es dort zu Einsparungen in der jeweiligen Verwaltung gekommen ist. Die beitretenden Kommunen profitieren neben dem Bürokratieabbau außerdem von der Erfahrung und den Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Zugänglichkeit von Psychotherapie für Geflüchtete

Trotzdem sich die strukturellen Rahmenbedingungen für den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung in den letzten drei Jahren mit den oben beschriebenen Entwicklungen an einigen Punkten leicht verbessert haben, sind Kostenübernahmen insbesondere für Psychotherapien im Falle von geflüchteten Klient*innen noch immer mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden. Das Risiko, dass eine Bewilligung der Therapie aufgrund der skizzierten Einschränkungen letztlich ausbleibt oder sich um viele Monate verzögert, bleibt bestehen. Das Antragsverfahren ist oft sehr langwierig und für niedergelassene Psychotherapeut*innen in freier Praxis kaum ohne Verdienstausfälle zu bewältigen.

Die Kostenübernahme für Sprachmittlung in der Psychotherapie ist nach wie vor nicht klar gesetzlich geregelt.

„Auf meinen ersten Antrag zur Übernahme von Dolmetscherkosten wartete ich fast 2 Monate und ohne mehrfaches Rückfragen und Druckausüben erfolgte nichts. Ich gehe davon aus, dass meine Leistungen letztlich nicht vergütet werden, da ich manche Stunden nicht mehr abrechnen kann. Die Kosten werden manchmal übernommen, aber die Wartezeit ist lang.“

Therapeut*in Rheinland-Pfalz

Hinzu kommt der häufig hohe Anteil an sozialarbeiterischer Unterstützung, den die meisten Klient*innen mit Fluchtbiographie benötigen um dem Asylverfahren, der Isolation und den sozialrechtlichen Leistungsausschlüssen begegnen zu können. Auch die enge Kooperation mit Anwält*innen, Behörden, Schulen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen erfordert Zeit, einen gu-

ten Überblick über die Strukturen und vor allem starke Netzwerke in der jeweiligen Region. Wie sich vor diesem Hintergrund die Möglichkeiten und Grenzen der Vermittlung von geflüchteten Klient*innen in die Regelversorgung darstellen, steht im Fokus des folgenden Kapitels.

Vermittlungen aus den PSZ in die Regelversorgung

Für alle Psychosozialen Zentren ist die Kooperations- und Vermittlungsarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen/Ärzt*innen bzw. anderen Einrichtungen eine zentrale Aufgabe, der sie seit vielen Jahren mit viel Engagement nachgehen. Bis vor wenigen Jahren noch war es sehr schwierig, ein Bewusstsein für die Bedarfe von geflüchteten Klient*innen im Regelsystem zu schaffen und das Interesse niedergelassener Kolleg*innen für die Behandlung von Geflüchteten zu erhöhen. Die Aufmerksamkeit für die Situation von durch Krieg und Flucht traumatisierten Menschen ist seit dem Anstieg der Flüchtlingszahlen 2015 enorm gewachsen. Auch der Wunsch nach Fortbildungen zu den Themen Trauma und Flucht ist inzwischen ungleich höher als in der Vergangenheit. Inwieweit sich das gestiegene Interesse an der Situation der Zielgruppe auch tatsächlich in den Vermittlungszahlen an Akteur*innen aus der Regelversorgung widerspiegelt, wird im Folgenden dargestellt.

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum in Rheinland-Pfalz kann pro Monat knapp 28 Geflüchtete an weitere Akteur*innen vermitteln, davon etwa 13 Personen an (Fach-)Ärzt*innen, 2 an niedergelassene Psychotherapeut*innen und 10 an andere Sozialberatungsstellen. Die Möglichkeiten, Klient*innen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, variieren stark von Region zu Region. So konnte in einigen Regionen über das gesamte Jahr hinweg kein*e einzige*r Klient*in an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden. Generell ist der Anteil derjenigen Personen, die in Psychotherapien vermittelt werden können, mit etwa 7 % der Gesamtvermittlungen eher niedrig, verglichen mit dem Anteil der Vermittlungen an Sozialberatungsstellen (37 %) oder Kolleg*innen aus dem medizinischen Bereich (45 %). Dennoch konnten im Jahr 2016 durch alle 5 Zentren insgesamt 120 geflüchtete Klient*innen bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen angebunden werden. Jedes Zentrum vermittelte jährlich im Schnitt 24 Klient*innen in Psychotherapie – das sind im bundesweiten Vergleich etwas weniger als in einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum (-9 %), aber noch immer deutlich mehr als in einem typischen Zentrum (x̃; +50%; Vgl. Tabelle 29).

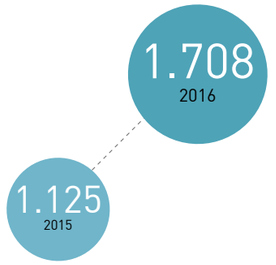
Insgesamt jedoch lagen die jährlichen Vermittlungszahlen für alle Akteur*innen, an die vermittelt wurde, in Rheinland-Pfalz pro Zentrum deutlich (59 %) über dem Jahresdurchschnitt eines PSZs im Bundesgebiet. Vor allem die Vermittlungen an ärztliche Kolleg*innen sowie an andere Sozialberatungsstellen – beide mehr als doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt – sind dafür verantwortlich. Die Vermittlungssituation im stationären Bereich entsprach mit im Durchschnitt 23 Vermittlungen pro Zentrum und Jahr exakt dem Durchschnittswert aller 32 Psychosozialen Zentren in Deutschland.

Auch im Jahresvergleich zeigt sich für die Zentren in Rheinland-Pfalz für alle Vermittlungen insgesamt ein deutlicher Zuwachs um 52 % von 225 Vermittlungen pro Zentrum im Jahr 2015 auf 342 Vermittlungen pro Zentrum im Jahr 2016. Auch dieser Anstieg geht maßgeblich auf Vermittlungen an Ärzt*innen und andere Sozialberatungsstellen zurück. Aber auch die Anzahl der Vermittlungen in Psychotherapien ist im Jahresvergleich um das 1,5-fache angestiegen.

Insgesamt sind damit die PSZ in Rheinland-Pfalz, obwohl sie in der Gesamtzahl aller PSZ in Deutschland nur einen Anteil von 16 % abbilden, für 25 % aller Vermittlungen bundesweit verantwortlich.

2016 pro Monat	Vermittlungen gesamt	an (Fach-) Ärzt*innen	an Psychotherapeut*innen	an andere Sozialberatungsstellen	an Kliniken	an sonstige Einrichtungen/ Personen
Σ	142	63	10	52	10	7
Ø pro Zentrum (x̃)	28	13	2	10	2	1
typisches Zentrum (X̃)	32	17	2	5	2	0
Min	10	2	0	1	1	0
Max	46	21	4	24	4	4
% an Vermittlungen		45 %	7 %	37 %	7 %	5 %

Tabelle 29: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen / typischen Zentrum im Monat 2016



Vermittlungen insgesamt durch alle Zentren in Rheinland-Pfalz

Abb. 27: Vermittlungen insgesamt durch alle Zentren in Rheinland-Pfalz (Jahresvergleich)

Insgesamt stellen etwa ein Viertel der Vermittlungen (25 %) aus den Zentren heraus keine Vermittlungen im engeren Sinne dar, sondern beziehen sich auf die reine Weitergabe von Kontaktdaten. Das Zentrum hat in diesem Fall keine Informationen darüber, ob die Person letztlich tatsächlich von der empfohlenen Stelle versorgt werden kann oder nicht.

Über die Hälfte der Vermittlungen (57 %) bilden „Teilvermittlungen“, bei denen zwar z. B. an eine*n Psychiater*in vermittelt werden konnte, die psychosoziale Versorgung jedoch weiterhin über das Zentrum gewährleistet wird. Auch

Eine weiterführende Bewertung dieser Vermittlungszahlen erfordert jedoch eine Kontextualisierung vor dem Hintergrund der Art der jeweiligen Vermittlungen. Nicht für jede*n vermittelten Klient*in ist sicher, ob die Person auch an den empfohlenen Stellen ankommt und dort bedarfsgerecht und selbstständig versorgt werden kann. Es kommt häufig vor, dass Klient*innen an weitere Akteur*innen vermittelt wurden, sich kurze Zeit später jedoch wieder an das Zentrum wenden, weil sie sich bei anderen Stellen nicht gut versorgt fühlen oder aber auch dort nicht in die Behandlungs- oder Betreuungsprogramme aufgenommen werden konnten.

ein großer Teil der Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut*innen geschieht als Teilvermittlung, d.h. die Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und aufenthaltsrechtlichen Kontext über die (psycho) soziale und asylrechtliche Beratung, die bei den meisten Klient*innen über eine Psychotherapie hinaus nötig ist, muss weiterhin durch die Sozialarbeiter*innen der Zentren geleistet werden.

Insgesamt erfolgen nur 13 % der Vermittlungen als vollständige Vermittlungen im engeren Sinne, d.h. als Vermittlungen, die nach einem ausführlichen Erstgespräch im Psychosozialen Zentrum

	2015 ø RLP	2016 ø RLP	2016 ø Bund	Ø RLP vs. Ø Bund 2016
jährliche Vermittlungen gesamt ø pro Zentrum	225	342	214	59%
an (Fach-) Ärzt*innen	27	152	71	113%
an Psychotherapeut*innen	9	24	26	-9%
an andere Sozialberatungsstellen	20	125	60	108%
an Kliniken	8	23	23	0%
an Sonstige	161	17	33	-48%

Tabelle 30: Jährliche Vermittlungen insgesamt pro Zentrum im Vergleich

Summe (n=5) pro Jahr	Vermittlungen gesamt	(Fach-) Ärzt*innen	Psychotherapeut*innen	Sozialberatungsstellen	Kliniken	Sonstiges
Σ (2015)	1125	137	46	100	38	804
Σ (2016)	1708	761	120	627	114	86

Tabelle 31: Vermittlungen insgesamt durch alle Zentren in Rheinland-Pfalz (Jahresvergleich)

stattgefunden haben und bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Stelle, an die weiterverwiesen wird, den*die Klient*in auch aufnimmt und selbstständig ohne die Unterstützung des PSZ weiter versorgt.

In weiteren 4 % kann eine Vermittlung im Sinne einer Nachsorge infolge einer Behandlung/ Betreuung durch das PSZ sichergestellt werden, z. B. wenn ein*e Klient*in einen besseren Aufenthaltsstatus erhalten hat und nach der Erstversorgung im Zentrum einfacher an niedergelassene Kolleg*innen vermittelt werden kann – oder auch wenn sich die Lebenssituation der Person soweit stabilisiert hat, dass er oder sie* besser in einer Migrationsberatungsstelle aufgehoben ist.

Im Jahresvergleich zeigen sich hier deutliche Verschiebungen zwischen den einzelnen Vermittlungsarten. So sind die aktiven Vermittlungen – sowohl nach einem Erstgespräch als auch im Sinne der Nachsorge – 2016 im Verhältnis zurückgegangen. Stattdessen hat sich der Anteil der „reinen Weitergabe von Kontaktdaten" deutlich erhöht. Auch der Anteil der Teilvermittlungen, in denen das Zentrum weiter mit versorgt, ist 2016 gestiegen. Diese Faktoren müssen mit einbezogen werden, wenn der Anstieg der Vermittlungszahlen im Allgemeinen beurteilt wird. Grundsätzlich unterscheidet sich die Situation in Rheinland-Pfalz hier leicht vom Bundesdurchschnitt: Auf Bundesebene sind die aktiven Vermittlungen um etwa ein Drittel angestiegen und der Anteil der reinen Weitergabe von Kontaktdaten hat sich deutlich reduziert – dem Anschein nach hat sich die Vermittlungssicherheit im Bundesdurchschnitt also eher erhöht.

Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Vermittlung von Klient*innen in die Regelversorgung stellt nach wie vor die Kostenübernahme für die Behandlung sowie die meist notwendigen Sprachmittlungskosten dar. Auch wenn durch die Arbeit der Koordinierungsstelle bereits ein gut ausgebautes Netz an geschulten Dolmetscher*innen für Rheinland-Pfalz etabliert und ausgebaut werden konnte, bleibt die Frage der Übernahme der Kosten unbefriedigend geklärt. Als weiterer Dolmetscher*innendienst ist das Projekt „DOOR–Dolmetschen im sozialen Raum" der ARBEIT & LEBEN GmbH erwähnenswert, das 2015 seine Arbeit aufgenommen hat und vom Integrationsministerium Rheinland-Pfalz finanziell mitgefördert wird. Auch wenn das Projekt wächst, finden überregionale Vermittlungen noch eher selten statt und der Dienst ist aktuell geografisch noch eng an die jeweiligen Standorte gebunden (Mainz und Landkreis Germersheim).

Das Fehlen entsprechender Strukturen macht sich u.a. im Umgang mit Krisensituationen bemerkbar. Ein positives Beispiel für die Entwicklung auch dolmetschergestützter stationärer und teilstationärer Angebote für Geflüchtete ist das Marienhaus Klinikum Eifel in Bitburg und Gerolstein.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge bieten unabhängig von diesen bürokratischen Hürden und rechtlichen Einschränkungen dolmetschergestützte Therapie und Beratung an. Die Finanzierung der Behandlungsangebote in den PSZ geschieht jedoch außerhalb des bzw. subsidiär zum Gesundheitssystem über Landesmittel und zahlreiche unterschiedliche Projekt- und Spendengelder.

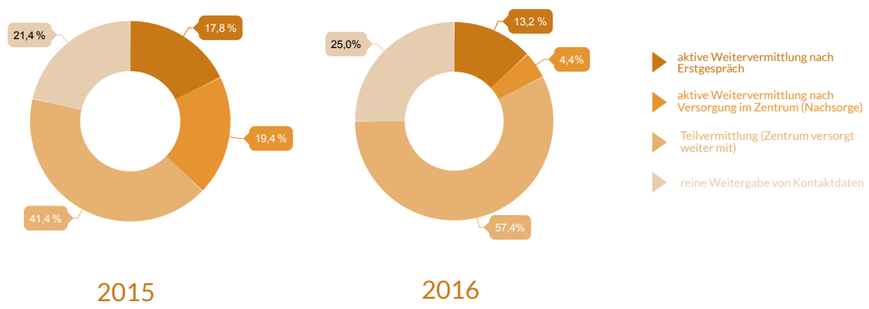


Abb. 28: Art der Vermittlungen in Prozent: Durchschnittlicher Anteil der Vermittlungen in die Regelversorgung

Finanzierung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in den PSZ

Die Versorgungsangebote, die Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren zugänglich gemacht werden, werden außerhalb des Gesundheitssystems finanziert. Landes-, Projekt- Spenden- und weitere Fördermittel wurden eingesetzt, um die Exklusion psychisch erkrankter Geflüchteter aus dem Regelsystem zu kompensieren. Die Psychosozialen Zentren fungieren demnach als „Substituierende Systeme", als flüchtlingsspezifische Gesundheitssysteme, die strukturelle Exklusion zwar nicht aufheben, aber für einen Teil der Betroffenen abfangen können.

Ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum" in Rheinland-Pfalz (das mit 6,8 Mitarbeitenden 298 Klient*innen versorgt) verfügt über ein Jahresbudget von etwa 310.000 Euro. Das kleinste PSZ haushaltet mit ca. 200.000 Euro, das größte hat jährlich ein mehr als doppelt so hohes Budget zur Verfügung.

Auch die Anteile der verschiedenen Förderer variieren über die fünf Zentren hinweg. In allen fünf Zentren aber macht die Landesfinanzierung im Schnitt fast die Hälfte des Jahresbudgets aus, gefolgt von den Wohlfahrtsverbänden mit einem Anteil von durchschnittlich einem Viertel des Budgets sowie den Bundesmitteln aus dem Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit etwa 13 %. Projekte aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU bilden in Rheinland-Pfalz im Schnitt nur einen kleinen Anteil des Budgets ab, ebenso wie Spenden, Bußgeldauflagen sowie Stiftungsgelder und sonstige Fördermittel (jeweils zwischen 3 und 5%).

Ein „typisches Zentrum" (das mit 7 Mitarbeitenden 342 Klient*innen versorgt) erhält seine Grundfinanzierung mit etwa 51 % des Budgets vom Land (üblicherweise etwa 143.000 €), zusätzlich je etwa 15% aus Bundesmitteln, 19% von Geldern der Wohlfahrtsverbände (etwa 53.000 €) und etwa 4 % aus Spenden (etwa 12.000 €). Es erhält keine EU-Förderung und keine kommunalen Gelder.

Im Bundesvergleich haben die Zentren in Rheinland-Pfalz damit im Durchschnitt ein um fast die Hälfte geringeres Jahresbudget (-47 %) als der Bundesdurchschnitt.

Der Anteil der Landesfinanzierung am Gesamtbudget ist in Rheinland-Pfalz mit im Durchschnitt 47% zwar relativ zum Jahreshaushalt deutlich höher als im übrigen Bundesgebiet, wo er im Schnitt nur 23% beträgt. Absolut betrachtet unterscheidet sich die Höhe der Landesfinanzierung in Rheinland-Pfalz (ø 144.000 Euro) jedoch nur sehr wenig von der in anderen Zentren (ø 132.000 Euro). Etwa 20 % höher als im Bundes-

Sortiert nach Anteilen (Summen)	x̄	X̃	Min	Max	% am Haushalt
Summe Haushalt 2016	309.737,23 €	279.202,83 €	206.500,00 €	478.983,34 €	
Land	144.220,10 €	143.000,00 €	120.000,00 €	180.000,00 €	47%
Wohlfahrtsverband	75.946,90 €	52.976,87 €	30.000,00 €	166.257,65 €	25%
Bund	41.780,76 €	42.502,04 €	-	80.000,00 €	13%
AMIF	12.528,38 €	-	-	45.566,76 €	4%
Sonstiges	15.787,84 €	-	-	50.139,20 €	5%
Spenden, Bußgelder etc.	9.913,25 €	12.237,45 €	-	25.000,00 €	3%
Stiftungen (z. B. Amnesty International/ UNO Flüchtlingshilfe)	9.560,00 €	-	-	47.000,00 €	3%

Tabelle 32: Finanzierungsanteile der PSZ im Jahr 2016

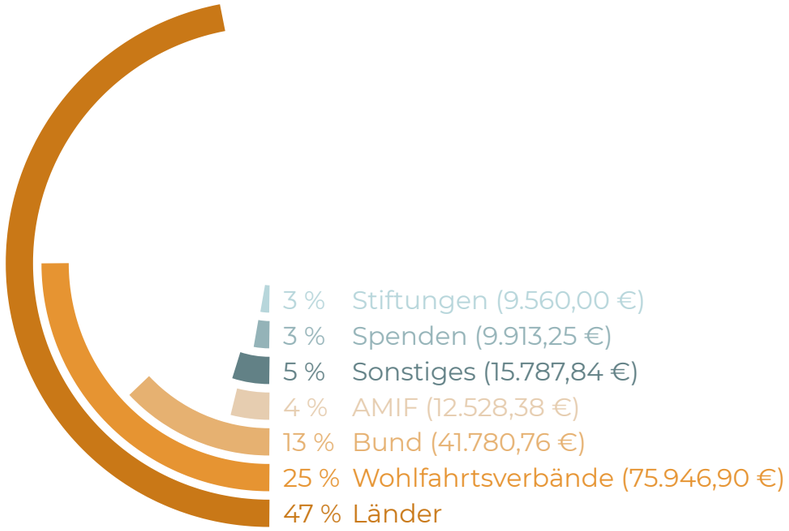


Abb. 29: Finanzierung der PSZ in Rheinland-Pfalz 2016

durchschnitt ist in Rheinland-Pfalz die Finanzierung durch einen der Wohlfahrtsverbände.

Für alle anderen Förderquellen, aus denen die Psychosozialen Zentren ihre Arbeit finanzieren, zeigt sich in Rheinland-Pfalz, dass sie sowohl absolut als auch relativ zu den jeweiligen Gesamtbudgets geringer ausfallen als auf Bundesebene: Die EU-Förderung liegt mit nur 12.500 Euro im Durchschnitt 85 Prozent unter der eines Durchschnittszentrums in Deutschland mit etwa 80.000 Euro Förderung durch den AMIF. Auch die Bundesmittel fallen im Bundesdurchschnitt deutlich höher aus als in Rheinland-Pfalz (-39 %).

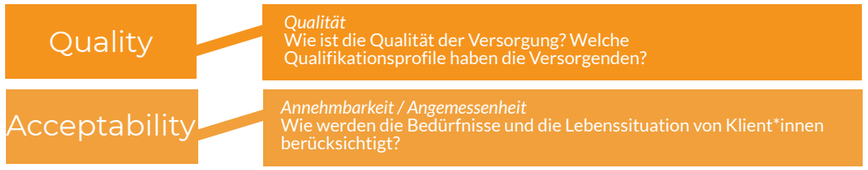
Wie im übrigen Gebiet zeigt sich zusammenfassend auch in Rheinland-Pfalz, dass die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten noch immer zu einem großen Teil nicht-staatlich finanziert wird. In Rheinland-Pfalz finanzieren das Land und der Bund gemeinsam im Durchschnitt 60 % der psychosozialen Arbeit in den Zentren.[26] Der übrige Teil der Budgets muss jedes Jahr aufs Neue mit hohem administrativen Aufwand und oft ungewissem Ausgang über Projekt- und Stiftungsgelder aus vielen verschiedenen Fördertöpfen akquiriert werden.

26 Im Bundesdurchschnitt ergibt sich für den gemeinsamen Anteil von Ländern (21%), Bund (11%), Kommunen (12 %) sowie die Refinanzierung von Psychotherapien über die Kostenträger (2 %) insgesamt ein Prozentsatz von 45 %.

5. Zusammenfassung und Fazit

Die Biographien der Menschen, die in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer Hilfe suchen, sind meist von extremer und für uns oft unvorstellbarer Gewalt und zahlreichen Verlusten geprägt. Was Geflüchtete in ihren Herkunftsländern und auf der Flucht erlebt haben, ist oft so grausam und zerstörerisch, dass das Grundvertrauen in die eigene Person, die Mitmenschen und die Welt verloren geht. Was die Überlebenden deshalb brauchen, um hier in Deutschland anzukommen und sich ein neues Leben aufzubauen, sind Orte, an denen sie sich sicher fühlen können, an denen sich Menschen für ihr Schicksal interessieren und sie neue Beziehungserfahrungen machen können. Menschen, die aufgrund der hohen psychischen Belastung und ihrer Gewalterfahrungen eine Traumafolgestörung entwickeln, benötigen darüber hinaus häufig professionelle psychosoziale und/oder psychotherapeutische Unterstützung.

Doch die Bedarfe von komplex traumatisierten Menschen sind vielschichtig und häufig nicht von einer Berufsgruppe allein zu adressieren. Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird maßgeblich durch die Lebensrealität beeinflusst, in der sich Geflüchtete in Deutschland befinden. Neben psychotherapeutischer Expertise braucht es daher i. d. R. umfassendes Wissen über gesellschaftliche, kulturelle, politische und rechtliche Rahmenbedingungen.



Hier setzen die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer an: Seit vielen Jahren bieten sie ein niedrigschwelliges, multiprofessionell organisiertes Leistungsspektrum für traumatisierte Geflüchtete an – umgesetzt durch divers zusammengesetzte Teams aus psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und weiteren Fachkräften.

Die Datenerhebung, die diesem Bericht zugrunde liegt, zeigt, dass die Angebotsstruktur, die von den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz vorgehalten wurde, so vielschichtig ist, wie es die Bedarfe geflüchteter Klient*innen sind. Die Schwerpunktangebote der Diagnostik, Beratung und Psychotherapie werden durch verschiedene Stabilisierungsangebote, Kriseninterventionen, das Einbringen psychotherapeutischer Expertise in das aufenthaltsrechtliche Verfahren, Gruppen- und Projektangebote, künstlerische und bewegungsorientierte Formate, Multiplikator*innen-Arbeit insbesondere auch mit Akteur*innen aus der Regelversorgung, Vernetzungsaktivitäten sowie Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit ergänzt.

Als Kernangebot der Psychosozialen Zentren hat sich deutlich das Beratungssetting in seinen verschiedenen Ausformungen herausgestellt: Je nach Bedarf und Problemsituation der Klient*innen bot es sowohl zu psychosozialen, als auch zu sozial- und asylrechtlichen Fragestellungen

sowie Integrationsangeboten Hilfestellung. Fast drei Viertel aller Klient*innen in Rheinland-Pfalz waren 2016 an die Beratungsangebote der Zentren angebunden. Etwa ein Vierteil der Klient*innen war – in der Regel zusätzlich in Behandlung bei einem*einer Psychotherapeut*in. Klient*innen, die ausschließlich psychotherapeutisch durch die PSZ versorgt wurden, waren auch in Rheinland-Pfalz die absolute Ausnahme – lediglich 5 % der Klient*innen in den Zentren war nicht auch in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden.

Hier spiegelt sich wider, wie zentral für die Psychosozialen Zentren der Grundsatz der „Lebensweltorientierung“ ist: Ihre Versorgungsangebote sind an den Alltag ihrer Klient*innen rückgekoppelt – psychische Krisen werden im gesellschaftlichen Kontext bearbeitet, statt isoliert im Behandlungsraum.

Übersetzt in die Qualifikationsprofile der PSZ zeigt sich dieser Grundsatz auch in der Teamstruktur der Einrichtungen: Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum bestand 2016 aus einem 7-köpfigen Team, zusammengesetzt aus 4 Psychotherapeut*innen, 2 Sozialarbeitenden und einer Verwaltungskraft.

Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

Ein „durchschnittliches Zentrum“ in Rheinland-Pfalz bestand im Jahr 2016 aus einem 7-köpfigen Team aus etwa 4 Psychotherapeut*innen, 2 Berater*innen/ Sozialarbeiter*innen und einer Verwaltungskraft, die sich insgesamt 4 Vollzeitstellen „teilten“. Mit diesem Team konnte ein Durchschnittszentrum in Rheinland-Pfalz 2016 etwa 298 Personen beraten und behandeln. Für die Versorgung dieser Klient*innen stand dem PSZ dabei ein Jahresbudget von im Schnitt 310.000 Euro zur Verfügung.

Auf der Warteliste eines durchschnittlichen PSZ in Rheinland-Pfalz standen jeden Monat etwa 38 Geflüchtete. Die Wartezeit betrug durchschnittlich 6 Monate. Im Schnitt 350 Klient*innen pro Jahr musste ein PSZ ganz ablehnen, also auch nicht auf die Warteliste aufnehmen.

Availability

Verfügbarkeit
Welche Versorgungsstrukturen gibt es? Welche Angebote sind verfügbar? Wie viele Klient*innen werden dadurch erreicht? Wie ist die Kapazität der Versorgungsstrukturen zu bewerten?

Von dem multiprofessionellen Leistungsspektrum, das die rheinland-pfälzischen PSZ anbieten, haben im Jahr 2016 fast 1.500 Klient*innen profitiert. Damit hat sich die Kapazität der Zentren über das gesamte Bundesland hinweg im Vergleich zum Vorjahr verdreifacht. Dennoch kann noch immer keines der Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz der hohen Anzahl Hilfe suchender Klient*innen zeitnah und in Relation zur Anzahl der Anfragen nachkommen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz in einem der PSZ beträgt im Durchschnitt 6 Monate. Zudem können nach wie vor nicht alle Anfragen überhaupt auf die Warteliste aufgenommen werden. Etwa 150 Geflüchtete monatlich müssen direkt abgelehnt werden. Damit lag die Gesamtzahl derjenigen Geflüchteten, die von den PSZ abgelehnt werden mussten, mit insgesamt 1.788 Personen um 20% höher als die derjenigen, die innerhalb der Zentren Unterstützung erfahren hat.

Einige der Einrichtungen haben 2016 versucht, der hohen Nachfrage belasteter Geflüchteter durch die Einführung von Not- bzw. Krisensprechstunden zu begegnen. Sie hatten dieses Versorgungsformat entwickelt, um trotz voller Auslastung kurzfristig auch denjenigen Geflüchteten Hilfestellung anbieten zu können, die (noch) nicht an das PSZ angebunden waren. Da jedoch bei fast allen Personen, die sich in den Sprechstunden an die PSZ wandten, eine Indikation für eine längerfristige Behandlung oder Beratung festgestellt wurde, genau dafür aber keine unmittelbaren Kapazitäten vorhanden waren, haben einige Zentren dieses Format im Verlauf des Jahres wieder abgeschafft.

Accessibility

Zugänglichkeit
Zu welchen Versorgungsangeboten haben Geflüchtete Zugang? Welche Barrieren behindern den Zugang? Welche Faktoren erleichtern den Zugang?

Die Analysen zur Versorgungssituation von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz bestätigen, dass die Zugänglichkeit entscheidend auch davon abhängig ist, ob bei den betroffenen Personen ein entsprechender Bedarf erkannt und sie in entsprechende Unterstützungsstrukturen vermittelt werden können. Obwohl bislang kein bundesweites Rahmenkonzept zur Identifizierung besonders vulnerabler Asylsuchender während des Aufnahmeprozesses vorliegt, erweist sich Rheinland-Pfalz hier als eines der wenigen Bundesländer, das sich ausdrücklich zur EU-Aufnahmerichtlinie bekennt und gezielt Maßnahmen zu ihrer Umsetzung auf den Weg gebracht hat. Das Gewaltschutzkonzept des Landes sieht ausdrücklich vor, dass während des Aufnahmeprozesses sowie der ersten Schritte des Asylverfahrens auch das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit, z.B. durch eine Traumatisierung/ psychische Erkrankung, in Betracht gezogen und

geprüft wird. Das rheinland-pfälzische Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz fördert niedrigschwellige Angebote an allen fünf Standorten der Aufnahmeeinrichtungen. Bei Hinweisen auf psychische Erkrankungen oder Traumatisierung werde angestrebt, an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz sowie niedergelassene Therapeut*innen zu vermitteln.

Als eine im Bundesvergleich zentrale Stärke des rheinland-pfälzischen Vorgehens stellte sich insbesondere das Interesse aller involvierten Akteur*innen an einer verbesserten Kommunikation zwischen Aufnahmeeinrichtung, Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, der gesundheitlichen Regelversorgung und staatlichen Stellen heraus. Diese Basis eröffnet die Möglichkeit für Aktivitäten, die die betroffenen Personen tatsächlich in einem koordinierten Prozess von der Hinweisaufnahme über eine fachspezifische Identifizierung und Bedarfsermittlung bis hin zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu begleiten. Zugleich zeigen die Befragungsergebnisse jedoch auch, dass nicht alle Aufnahmeeinrichtungen standardmäßig und in einem strukturierten Verfahren auch eine Einschätzung der psychischen Gesundheit der aufgenommenen Personen (z.B. im Rahmen der Erstuntersuchung) vornahmen. In der Regel wurde eine solche Einschätzung v.a. bei bestehenden Auffälligkeiten eingeleitet. Hier treten auch in Rheinland-Pfalz die Herausforderungen zu Tage, die grundsätzlich bei der Identifizierung besonders vulnerabler, v.a. traumatisierter Personen bestehen: Vor allem bei Asylsuchenden, die sich auffällig verhalten oder die selbst aktiv Hilfe suchen, wird einem möglichen Verdacht auf eine Traumatisierung nachgegangen. Wenn die betroffenen Personen starkes Vermeidungsverhalten, große Angst oder sozialen Rückzug zeigen und ihre Belastung nicht augenscheinlich zu Tage tritt, besteht die Gefahr, dass sie übersehen werden und durch die Unterstützungsnetze fallen.

Vor diesem Hintergrund ist die Einführung eines strukturierten Verfahrens zu empfehlen, in dem garantiert auch alle potentiell schutzbedürftigen Asylsuchenden von einem Gespräch profitieren können, in dem systematisch über mögliche Symptome, Belastungen und besondere Hilfebedarfe gesprochen werden kann. Darüber hinaus gilt es weiterhin, die Strukturen zu stärken, in denen Behandlungsnotwendigkeiten, die sich bereits in den Aufnahmeeinrichtungen ergeben, bedarfsgerecht adressiert werden können.

Hier zeichnet die Versorgungslandschaft in Rheinland-Pfalz bereits ein enger Kontakt und eine gute Zusammenarbeit mit der Regelversorgung aus - sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor. Als Good Practice, von der viele weitere Regionen in der Bundesrepublik profitieren können, ist hier u.a. die an eines der Psychosozialen Zentren angedockte und durch das Integrationsministerium geförderte „Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems“ hervorzuheben. Angesichts der Herausforderungen bei der Vermittlung von Asylsuchenden in das psychotherapeutisch-psychiatrische Regelsystem bleibt es eine wichtige Aufgabe, das Gesundheitswesen bei der Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter zu unterstützen, weiterzubilden und die Hilfesysteme weiter auf- und auszubauen.

Zugang zu Strukturen der stationären Versorgung

So zeigen die Ergebnisse der Befragung durch die Koordinierungsstelle in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz, dass einige Fachkliniken und Hauptfachabteilungen von Kliniken sich mit der Einrichtung integrierter Versorgungsschwerpunkte und transkultureller psychiatrischer Ambulanzen zunehmend auf die Behandlung von geflüchteten Menschen bzw. Migrant*innen einstellen. Sichtbar wurde aber auch, dass Geflüchtete zu diesen Angeboten in der Regel erst sehr spät Zugang finden - in vielen Fällen erst wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorlag, das heißt, in Notfällen, aus denen sich auch entsprechend kürzere Aufenthalte ergaben. Hier besteht der Bedarf, über die reaktive Notfall- bzw. Akutversorgung hinaus auch Konzepte und Strategien für Stabilisierungsmaßnahmen zu entwickeln, die akutpsychiatrische Aufnahmen minimieren bzw. im Einzelfall vermeiden. Unter anderem die Einstellung von für die Behandlung von Geflüchteten sensibilisierten, interkulturell sowie im besten Fall sprachlich qualifizierten Personal kann hier hilfreich sein. Für einen flächendeckenden Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten, bei denen es für die Versorgung nicht relevant ist, ob zum Einweisungszeitpunkt gerade Personal verfügbar ist, das die Sprache(n) der Patient*innen spricht, braucht es jedoch außerdem verlässliche Finanzierungsgrundlagen nicht nur für therapeutische Interventionen, sondern auch für die in der Regel notwendigen Sprachmittlungskosten.

Zugang zu Strukturen der ambulanten Versorgung

Im ambulanten Bereich zeigte sich, dass auf Seite der Versorgenden grundsätzlich eine hohe Bereitschaft kommuniziert wird, Geflüchtete zu behandeln. Oftmals finden Geflüchtete jedoch auch hier erst in Situationen einer krisenhaften Zuspitzung und auf Initiative von Unterstützer*innen Zugang zu Versorgungsangeboten.

Als Schwierigkeiten bei der Anbindung Geflüchteter an ambulante psychotherapeutische Angebote wurden neben langen Wartezeiten von etwa 5 Monaten für alle Patient*innen auch Bedenken hinsichtlich des zusätzlichen Zeit- und bürokratischen Faktors in der Behandlung von Geflüchteten identifiziert. Bedarfe bestanden außerdem in Bezug auf die (engere) Zusammenarbeit mit Flüchtlingsberatungsstellen vor Ort und den Zugriff auf Dolmetscher*innen-Pools. Zusammenfassend erwiesen sich v.a. die strukturellen Rahmenbedingungen als Faktoren, die eine angemessene Versorgung erschwerten, so z.B. die unzureichend gelöste Frage nach der Übernahme von Sprachmittlungskosten.

Entwicklung der Vermittlungszahlen

Trotz dieser Hürden ist die Anzahl der Geflüchteten, die aus den Psychosozialen Zentren heraus an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden konnte, um das 1,5-fache, angestiegen. Dabei variieren die Möglichkeiten, Klient*innen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, stark von Region zu Region – in einigen Regionen konnte über das gesamte Jahr hinweg nach wie vor kein*e einzige*r Klient*in aus dem PSZ an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden. Als von hoher Relevanz erwies sich außerdem der hohe Anteil an sogenannten „Teilvermittlungen“: So konnte bei über der Hälfte der Vermittlungen aus den PSZ heraus zwar z.B. an Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen weitervermittelt werden, die psychosoziale Versorgung einschließlich der sozial- und/oder verfahrensrechtlichen Beratung musste jedoch weiterhin vom PSZ gewährleistet werden. Im Jahresvergleich zeigte sich hier sogar ein Anstieg der Teilvermittlungen zu Lasten der „vollständigen“ Vermittlungen. Angesichts des komplexen Behandlungs- und Beratungsbedarfes geflüchteter Klient*innen verwundert diese Entwicklung nicht: Auch in den Psychosozialen Zentren selbst beträgt der Anteil derjenigen Klient*innen, die ausschließlich psychotherapeutisch angebunden sind, lediglich 5% - Psychotherapie allein ist also in den seltensten Fällen ausreichend, um den komplexen Bedarfen der Klient*innen gerecht zu werden.

Nachhaltigkeit und tragfähige Absicherung des Zugangs zu psychosozialen Komplexleistungsangeboten

Damit wird in den Analysen zur Versorgungssituation für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz deutlich sichtbar, wie bedeutsam sowohl die Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete als auch der Ausbau der Strukturen in den Psychosozialen Zentren in ihrer multiprofessionellen Struktur und mit ihrem Komplexleistungsangebot unter einem Dach bleibt. Die Psychosozialen Zentren bieten geflüchteten Klient*innen unabhängig vom Aufenthaltsstatus, der Bleibe- und Beschäftigungsperspektive, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die für den je individuellen Bedarf und den jeweiligen Kontext passend sind. Die Angebote folgen den Bedarfen und bislang nicht den Abrechnungsmöglichkeiten, die strukturell und bürokratisch für einen Zugang möglich sind oder aber verwehrt bleiben. Dies wird bislang v.a. durch die Landes- sowie weitere viel-

fältige Projektförderungen ermöglicht, um die die Zentren sich jedes Jahr aufs Neue bemühen. In Rheinland-Pfalz finanzierten das Land und der Bund gemeinsam im Durchschnitt 60 % der psychosozialen Arbeit in den Zentren. Das Land Rheinland-Pfalz ist früh in die strukturelle Finanzierung der PSZ eingestiegen und hat damit einen guten Sockel für die psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten geschaffen. Der übrige Teil der Budgets in den Zentren muss jedoch mit oft hohem administrativen Aufwand und ungewissem Ausgang aus vielen verschiedenen Fördertöpfen akquiriert werden. Auch wenn der Anteil der Landesfinanzierung, den die PSZ in Rheinland-Pfalz für ihre Arbeit erhalten, prozentual zum Gesamtbudget im Bundesvergleich relativ hoch ist, wird damit dem staatlichen Versorgungsauftrag, allen in Deutschland lebenden Menschen das Menschenrecht auf Gesundheit zugänglich zu machen, nur in Teilen nachgekommen.

Darüber hinaus muss erwähnt werden, dass die Zentren in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich über ein im Durchschnitt um fast die Hälfte geringeres Jahresbudget verfügen als der Bundesdurchschnitt. Angesichts der langen Wartezeiten und der hohen Ablehnungszahlen besteht hier weiterer Handlungsbedarf. Die Psychosozialen Zentren mit ihrer langjährigen Erfahrung, ihrer Expertise und ihrem komplexen Arbeitsansatz sind seit vielen Jahren maßgeblich für die psychosoziale und therapeutische Versorgung traumatisierter und psychisch belasteter Geflüchteter. Der Ausbau ihrer Angebote und eine nachhaltige Absicherung dieser Versorgungsstruktur ist dringend geboten.

Handlungsempfehlungen für eine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von Geflüchteten

Nicht-Diskriminierung im Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit

- Geflüchtete müssen gleichberechtigt Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems erhalten: Alle Geflüchteten bundesweit sind unabhängig vom Aufenthaltsstatus von Beginn an mit einer vollwertigen Krankenversichertenkarte auszustatten.
- Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien nach AsylbLG müssen ermessensfrei beurteilt werden. Dafür sind Verwaltungsvorschriften an die Sozialbehörden zu erlassen. Das Patientenrechtegesetz muss auch für Asylsuchende gelten.

Identifizierung und Berücksichtigung besonderer Bedarfe

- Leistungsansprüche aus der EU-Aufnahmerichtlinie müssen durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter umgesetzt werden.
- Sprachmittlung muss als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden.
- Die Komplexleistungen, die durch die Psychosozialen Zentren erbracht werden, sind flächendeckend durch ein bedarfsgerechtes und nachhaltiges institutionelles Finanzierungskonzept sicherzustellen.

6. Literatur

ADD RLP. (2017, Dezember 27). Anfrage bzgl. der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften vs. Privatwohnungen.

Albers, H. (2013). Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber, Living conditions and mental health of residents of the shared accommodation centre for asylum seekers in Würzburg, Germany. Abgerufen von *https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/7013/file/Dissertation_Albers_ohneLL.pdf*

Albrecht, M., Ochmann, R., Jacobi, F., Bretschneider, J., Thom, J., Müllender, S., & Becker, M. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze.

Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., … Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 19(1), 45–50.

American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Arbeitsgemeinschaft „Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen in RLP“. (2017). Arbeitspapier zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz (unveröffentlicht).

Aumüller, J., & Gesemann, F. (2016). Flüchtlinge aufs Land? Migration und Integration im ländlichen Raum. Bundeszentrale für Politische Bildung. Abgerufen von *http://www.bpb.de/apuz/236835/fluechtlinge-aufs-land-migration-und-integration-im-laendlichen-raum?p=all*

BAMF. (2016). BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge – Sichere Herkunftsländer. Abgerufen 2. Januar 2018, von *http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/Sonderverfahren/SichereHerkunftsstaaten/sichere-herkunftsstaaten-node.html*

Baron, J., & Flory, L. (2016). Versorgungsbericht - Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. 3.aktualisierte Auflage. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. Abgerufen von *http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf*

Becker, D. (2006). Die Erfindung des Traumas - verflochtene Geschichten. Edition Freitag.

Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59(5), 621–626.

Bozorgmehr, D. med Ms. K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59(5), 599–620.

Brenssell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2016). Störungen (3. Aufl.). Hamburg: Argument Verlag.

Broda, M., & Senf, W. (2013). Praktische Hinweise für den psychotherapeutischen Alltag. In W. Senf, M. Broda, & B. Wilms (Hrsg.), Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium (S. 286–296). Stuttgart: Thieme.

Bundesfachverband umF e.V. (2017). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Zahl der Asylanträge erheblich gesunken. Pressemitteilung. Abgerufen von *http://www.b-umf.de/images/2017_10_25_PM_Zahlen.pdf*

Christoph, W., Baković Jadžić, T., Jeremić, V., Paech, N., Vuković, J., Čaušević, J., … Buzoli, D. (2016). Von wegen sicher. Das Konzept der sicheren Herkunftsstaaten in der Kritik. Rosa Luxemburg Stiftung Südosteueropa. Abgerufen von *https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publikationen/RLS-safe_for_new_2-FIN-295U-DE.pdf*

Deutscher Bundestag. (2017). Bericht über die Situation unbegleiteter ausländischer Minderjähriger in Deutschland. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 18/11540. Abgerufen von *http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/115/1811540.pdf*

Ebden, P., Bhatt, A., Carey, O., & Harrison, B. (1988). The bilingual consultation. The Lancet, 13(1), 347.

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet (London, England), 365(9467), 1309–1314. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., … Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Trauma & Gewalt, 3, 202–210.

Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics, 111(1), 6–14.

Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., … Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(1), 24–47.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(1), 12–20.

Gammouh, O. S., Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., & Khoury, L. S. (2015). Chronic Diseases, Lack of Medications, and Depression Among Syrian Refugees in Jordan, 2013–2014. Preventing Chronic Disease, 12.

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17(4), 224–231.

Hager, N., & Baron, J. (2017). Eine Frage von Glück und Zufall – Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren. Beratung und Rechtsschutz im Asylverfahren. Beilage zum Asylmagazin, 2017(7–8), 17–26.

Hohlfeld, T. (2017). IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge. Angaben des AZR. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u.a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., … Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), 85(1), 77–87.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York : Toronto : New York: Free Press ; Maxwell Macmillan Canada ; Maxwell Macmillan International.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. (2015). Vertragsärztliche Versorgung in RLP: Strukturen und Bedarf. Gesundheitsökonomische Gespräche 2016. Regionalisierung der Gesundheitsversorgung. Kassenärztliche Vereinigung Reinland-Pfalz. Abgerufen von *https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/2015-10-16_Vortrag_VertragsaerztlicheVersorgungRLP_StrukturenBedarf.pdf*

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. (2016). Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2016. Vertragsärztliche Versorgung im Wandel. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Abgerufen von *https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2016.pdf*

Keilson, H. (2005). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen (1.). Psychosozial-Verlag.

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease, 192(12), 843–851.

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(12), 825–832.

Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. Journal of Counseling Psychology, 62(1), 28–37.

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. (2017). Reform der Bedarfsplanung dringend nötig - Bundespsychotherapeutenkammer stellt Konzept vor. Abgerufen von *https://www.lpk-rlp.de/detail/artikel/reform-der-bedarfsplanung-dringend-noetig-bundespsychotherapeutenkammer-stellt-konzept-vor.html*

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Wehrwein, A., Brahler, E., & Schäfer, I. (2017). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees - a systematic review. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 68(1), 22–29.

McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. Transcultural Psychiatry, 49(3–4), 539–567.

MFFJIV - Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.). (2017a). Datenblatt Flüchtlingszahlen für KW 52/2017.

MFFJIV - Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz. (2017b). Gemeinsam für Chancengleichheit, Weltoffenheit und Akzeptanz. Integrationskonzept für Rheinland-Pfalz 2017, 14–15.

MFFJIV - Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz. (2017c). Gewaltschutzkonzept. Konzept zum Gewaltschutz und zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen in Einrichtungen der Erstaufnahme in Rheinland-Pfalz. Abgerufen von *https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Integration/Aktuelles__Zahlen_und_Fakten/Gewaltschutzkonzept.pdf*

Morina, N., Maier, T., & Schmid-Mast, M. (2009). Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 60(03/04), 104–110.

MSAGD - Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. (2015). Antwort des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie auf die Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/4269 – Medizinische Versorgungsdichte in Rheinland-Pfalz vom 18. November 2014. Abgerufen von *http://landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/4471-16.pdf*

MSAGD - Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. (2016). Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. Abgerufen von *https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheit-und-pflege/gesundheitliche-versorgung-von-asylbewerbern/elektronische-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/*

MSAGD - Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. (2017, Dezember 12). Auswertung bzgl. der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsdichte in Rheinland-Pfalz auf Grundlage des statistischen Landesamtes, der Gesundheitsministerkonferenz (2017) und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz; Emailantwort (unveröffentlicht).

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clinical Psychology Review, 31(3), 399–417.

OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/ /European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel. Abgerufen von *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_de_german.pdf*

Pieper, T. (2008). Die Gegenwart der Lager: Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik (2. Aufl.). Münster: Westfälisches Dampfboot.

Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 294(5), 602–612.

Razum, O., Saß, A.-C., & Bozorgmehr, K. (2016). Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59(5), 543–544.

Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(2), 179–188.

Servicestelle umF, & Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH. (2016). Qualifizierung und Netzwerkarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Entwicklung der jugendhilferechtlichen Zuständigkeiten für umA im bundesweiten und rheinland-pfälzischen Vergleich. Auswertung der werktäglichen Meldungen der Jugendämter an das Bundesverwaltungsamt. Abgerufen von *http://www.servicestelle-umf.de/fileadmin/upLoads/sonstiges/2016.12.29_UMA_Meldungen.pdf*

Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., … Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. American Journal of Disaster Medicine, 2(6), 321–329.

Slobodin, O., & Jong, J. T. de. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? International Journal of Social Psychiatry, 61(1), 17–26.

Statistisches Bundesamt. (2017). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende-Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2016 (No. 2.4). Abgerufen von *https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Schutzsuchende2010240167004.pdf?__blob=publicationFile*

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 302(5), 537–549.

Wendel, K. (2014). Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Abgerufen von *https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2014/09/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_02.pdf*

7. Adressen

Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

- **IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen**
  Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
  St. Veit-Straße 14
  56727 Mayen
  Tel.: +49 (0)2651 – 98 690
  goepfert-m@caritas-mayen.de
  http://www.migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz.htm
  Landkreise: Mayen-Koblenz, Stadt Koblenz, Rhein-Lahnkreis, Cochem-Zell, Bad-Neuenahr-Ahrweiler

- **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Altenkirchen**
  Diakonisches Werk Altenkirchen – Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten
  Stadthallenweg 16
  57610 Altenkirchen
  Tel.: +49 (0) 2681 – 800820
  liebmann@dw-ak.de
  http://www.diakonie-altenkirchen.de/psz
  Landkreise: Altenkirchen, Neuwied, Westerwald-Kreis

- **Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier**
  Diakonisches Werk der ev. Kirchenkreise Trier und Simmern-Trarbach gGmbH & Caritasverband Trier e.V.
  Dasbachstraße 21
  54292 Trier
  Tel.: +49 (0) 651 – 9910600
  fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de
  http://www.jmd-trier.de/ökumenische-beratungsstelle-für-flüchtlinge/
  Landkreise: Trier, Trier-Saarburg, Bitburg-Prüm, Bernkastel-Wittlich, Rhein-Hunsrück-Kreis (VG Kirchberg, VG Kastellaun, VG Simmern)

- **Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen**
  Diakonie Pfalz
  Wredestr. 17
  67059 Ludwigshafen
  Tel.: +49 (0) 621 – 49077710
  psz-pfalz@diakonie-pfalz.de
  https://www.diakonie-pfalz.de/aktuelles/nachrichten/detail/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge-in-ludwigshafen.html

- **Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz**
  Caritasverband Mainz
  Rheinallee 3a
  55116 Mainz
  Tel.: +49 (0) 6131 – 907460
  beratungszentrum@caritas-mz.de
  http://www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st.-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma

- **Psychosoziales Zentrum Westpfalz, Kaiserslautern**
  Deutsches Rotes Kreuz
  Kreisverband Kaiserslautern Stadt e.V.
  PSZ Westpfalz
  Augustastr. 16-24
  67655 Kaiserslautern
  Tel: +49 (0) 631 – 800 931 66
  s.sage@kv-kls.drk.de

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz
St.-Veit-Str. 14
56727 Mayen
Tel.: +49 (0) 2651 – 98 691 48
koordinierungsstelle@caritas-mayen.de
http://www.interkulturell-gesundheit-rlp.de/
http://www.caritas-rhein-mosel-ahr.de

Bundesweite Informationen zur Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. – BAfF e.V.

Paulsenstr. 55-56
12163 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63
info@baff-zentren.org
http://www.baff-zentren.org/

Abbildungsverzeichnis

- S. 13: Foto von FreeToUseSounds (CC0 / https://pixabay.com/en/users/FreeToUseSounds-5112956/)
- S. 21: Foto von Danko Münzel (CC BY 2.0 / https://www.flickr.com/photos/dankomuenzel/)
- S. 25: © versorgungsatlas.de 2018, eigene Bearbeitung
- S. 36: Foto von rawpixel (CC0 / https://pixabay.com/de/users/rawpixel-4283981/)
- S. 38: Foto von rawpixel (CC0 / https://pixabay.com/de/users/rawpixel-4283981/)
- S. 73: Foto von stux (CC0 / https://pixabay.com/en/users/stux-12364/)
- S. 74: Foto von Pexels /CC0 / https://pixabay.com/en/users/Pexels-2286921/)
- S. 80: Foto von CQF avocat (CC0 / https://pixabay.com/en/users/CQF-avocat-6428802/)
- S. 82: Foto von blickpixel (CC0 / https://pixabay.com/en/users/blickpixel-52945/)
- S. 92: Foto von stux (CC0 / https://pixabay.com/en/users/stux-12364/)

Alle weiteren Grafiken und Abbildungen sind eigene Darstellungen, © BAfF e.V.

BAfF
Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

caritas

Dieser Versorgungsbericht geht der Frage nach, inwieweit für Geflüchtete, die mit psychischen Belastungen kämpfen, in Rheinland-Pfalz adäquate Behandlungsangebote zugänglich, verfügbar und tatsächlich erreichbar sind.

Grundlage der Publikation ist eine Datenerhebung zu den Versorgungsangeboten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie ihren Netzwerken in der gesundheitlichen Regelversorgung. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Lebens- und Versorgungsbedingungen dargestellt, wie Geflüchtete sie in Rheinland-Pfalz vorfinden.

Gefördert von

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR FAMILIE, FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ